

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

76

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

RODOLPHE LÖEWENSTEIN

Né le 17 Janvier 1898, à Lodz

LA CONCEPTION PSYCHANALYTIQUE DES TROUBLES DE LA PUISSANCE GÉNITALE DE L'HOMME

Président : M. H. CLAUDE, professeur

ÉDITIONS
DENOËL ET STEELE

19, RUE AMÉLIE, PARIS

—
1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

RODOLPHE LÆWENSTEIN

Né le 17 Janvier 1898, à Lodz

LA CONCEPTION PSYCHANALYTIQUE DES TROUBLES DE LA PUISSANCE GÉNITALE DE L'HOMME

Président : M. H. CLAUDE, professeur

ÉDITIONS

DENOËL ET STEELE

19, RUE AMÉLIE, PARIS

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE
Physiologie.	Léon BINET
Physique médicale.	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie.	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU
Anatomie pathologique.	ROUSSY
Histologie.	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU
Thérapeutique.	LOEPER
Hygiène et médecine préventive.	TANON
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Clinique médicale.	BEZANÇON
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE
Clinique chirurgicale.	CUNÉO
	GOSSET
	GRÉGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN
Clinique urologique.	MARION
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	PROUST
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT
Clinique de la Tuberculose.	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU
Professeurs sans chaire.	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	VERNE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN. Pathologie médicale.
 BULLIARD. Histologie.
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON. Physique.
 FEY. Urologie.
 GALLIARD. Parasitologie.
 GASTINEL. Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . . Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 GIROUD. Histologie.
 HAGUENAU. Pathologie médicale.
 HALPHEN. Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD. Pharmacologie.
 HUGUENIN. Anatomie pathologique.
 JOANNON. Hygiène.
 LABBÉ (Henri). . . Chimie biologique.
 LACOMME. Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE. Pathologie expérimentale.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN. Pathologie médicale.
 OBERLING. Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE. Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 RICHET. Physiologie.
 SANNIÉ. Chimie biologique.
 SÉNÈQUE. Pathologie chirurgicale.
 TROISIER. Pathologie expérimentale.
 TURPIN. Pathologie médicale.
 VIGNES. Obstétrique.
 WILMOTH. Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

AGLAVE. Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET. Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX. Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI.	}	BASSET.	}
ALAJOUANINE. . .		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER. . .	
CHIRAY.		MOCQUOT.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
HARVIER.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR - VAL- LERY-RADOT. . .			
SÉZARY.			

Clinique médicale.

Clinique chirurgicale.

MM.	
ECALLE.	}
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL. . . .	
METZGER.	

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

*Membre de l'Académie de Médecine
notre Maître*

nous exprimons notre profonde reconnaissance pour le patronage qu'il a bien voulu accorder à notre thèse, et pour la constante bienveillance qu'il nous a témoignée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉVY-VALENSI

Professeur Agrégé à la Faculté

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. TROISIER

Professeur Agrégé à la Faculté

nous exprimons également notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PICHON

Médecin des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS

A. BOREL, M. CÉNAC, H. CODET ET R. LAFORGUE

nous exprimons toute notre gratitude pour l'appui moral et les conseils qu'ils nous ont prodigués.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER	
<i>Classification des troubles de la puissance.....</i>	8
CHAPITRE II	
<i>La sexualité infantile et son évolution.....</i>	22
CHAPITRE III	
<i>Les troubles de l'érection et de l'appétit génital.....</i>	33
CHAPITRE IV	
<i>Les troubles de l'éjaculation et de l'orgasme.....</i>	53
CONCLUSIONS.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	63

Président,
H. CLAUDE

Vu :
Le Doyen,
ROUSSY

Vu
et permis d'imprimer :
Le Recteur
de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

INTRODUCTION

Les troubles de la puissance virile méritent que le médecin leur accorde la plus grande attention, et cela pour deux raisons. D'abord parce que le nombre de personnes qui en souffrent est relativement très grand. Ensuite par les conséquences que ces troubles ont sur l'état général et l'équilibre psychique des sujets qui en sont atteints et les répercussions qu'ils peuvent avoir sur l'entourage, partant, sur la vie sociale de ces sujets.

Malgré l'importance pratique du syndrome de « l'impuissance », son étude a, à notre avis, laissé subsister des lacunes. Un récent exposé de la question¹ montre que même la physiologie et la physiopathologie de la fonction génitale de l'homme sont encore incomplètement connues. A plus forte raison des lacunes subsistent-elles dans l'étude clinique des troubles de la puissance, leur pathogénie et leur traitement.

Ces derniers temps, les troubles fonctionnels de la puissance ont été étudiés sous un jour entièrement nouveau, par la méthode psychanalytique. La psychanalyse a créé une méthode thérapeutique efficace de ces impuissances et de plus, elle éclaire un aspect de la pathogénie de ces états qui, jusqu'alors, était resté inexploité.

On a souvent à tort reproché à la psychanalyse de ramener le déterminisme de troubles névrotiques exclusivement à des facteurs psychologiques. Contrairement à cette opinion assez répandue, Freud a toujours insisté sur l'importance des facteurs biologiques dans l'étiologie des névroses, et dès 1895, il faisait allusion au rôle des perturbations hormonales dans ces états. La méthode psychanalytique est uniquement psychologique; il est naturel dans ces conditions que les résultats de ses recherches aient porté surtout sur des phénomènes psychologiques.

Nous essayons de résumer ici les résultats des travaux des psychanalystes sur les troubles de la puissance virile, de même que nos propres observations recueillies à la clinique Sainte-Anne dans le service de Monsieur le Professeur H. Claude.

1. St. Higier. La fonction sexuelle mâle. Doin. Paris 1932.

CHAPITRE PREMIER

CLASSIFICATION DES TROUBLES DE LA PUISSANCE

La puissance virile est l'expression de la faculté de l'homme à accomplir l'acte sexuel. Elle comporte donc l'intégrité des fonctions de l'automatisme génital très complexe qui se déroule normalement dans l'acte sexuel avec la femme choisie.

Les troubles de la puissance génitale de l'homme portent sur une partie ou sur tout l'automatisme. La plupart des auteurs s'accordent pour distinguer dans cet automatisme quatre degrés ou phases : 1° l'appétit génital; 2° l'érection; 3° l'éjaculation; 4° l'orgasme.

Cliniquement on peut ainsi distinguer plusieurs ordres de troubles, qui peuvent exister séparément ou ensemble. Nous les décrirons dans un ordre un peu différent.

I. — TROUBLES DE L'ÉRECTION

Ces troubles peuvent être par excès ou par défaut.

A) Les troubles de l'érection par excès sont : le Priapisme ou état caractérisé par des érections permanentes, pénibles, que même des orgasmes répétés ne peuvent faire cesser. Le Satyriasis ou hyper-érotisme (Hesnard) qui peut être permanent ou transitoire et parfois périodique, est un excès pathologique de l'appétit génital qui peut aller de pair, soit avec un excès d'érections, ou bien au contraire avec une insuffisance de celles-ci.

B) Les troubles de l'érection par défaut ou *impuissances viriles*, de beaucoup les plus fréquents, sont caractérisés par l'absence de l'érection au moment du coït, ou bien par une chute de l'érection avant ou au moment de l'intromission. Nous reviendrons tout à l'heure sur leurs origines, leurs formes et leurs significations. Toutefois, l'on peut distinguer dès maintenant, des troubles de l'érection passagers ou accidentels, des troubles partiels ou relatifs, ne se produisant que dans certaines circonstances particulières, et les troubles plus ou moins prolongés ou permanents.

II. — TROUBLES DE L'ÉJACULATION

La pathologie des phénomènes éjaculatoires est cliniquement aussi importante que celle de l'érection. Ces deux troubles sont d'ailleurs assez fréquemment associés.

On distingue plusieurs catégories de troubles de l'éjaculation :

A) L'éjaculation déficiente ou retardée. De façon normale l'éjaculation et l'orgasme sont retardés ou font défaut après des coïts répétés à des intervalles rapprochés. Dans certains cas pathologiques l'éjaculation fait défaut ou n'arrive qu'après des efforts considérables au cours de tout acte sexuel.

B) La spermatorrhée involontaire, caractérisée par des émissions de sperme en dehors de tout acte sexuel, et sans érection. La spermatorrhée est caractérisée par un trouble marqué du réflexe éjaculatoire : absence des poussées éjaculatoires (éjaculation asthénique). Cette absence de l'éjaculation saccadée se voit aussi dans d'autres troubles de l'éjaculation. La spermatorrhée involontaire n'est pas à confondre avec les pollutions nocturnes qui, elles, n'ont pas toujours les caractères de troubles pathologiques.

C) L'éjaculation précoce ou acte bref, est certainement le plus fréquent des troubles éjaculatoires. Il est caractérisé par l'apparition prématurée du réflexe qui conduit à l'émission du sperme. Le réflexe peut apparaître plus ou moins précocement. On distingue ainsi l'éjaculation ante-portas ou précocissime qui se produit comme son nom l'indique avant ou au moment même de l'intromission. Cette forme est habituellement accompagnée d'éjaculation asthénique, c'est-à-dire non saccadée, et elle va souvent de pair avec une érection incomplète.

Une autre distinction clinique a été proposée par M. St. Higier qui voudrait qu'on discernât l'éjaculation accélérée de l'éjaculation précipitée. D'après cet auteur : « Le premier terme s'appliquerait à l'acte bref, c'est-à-dire à un acte ayant une courte durée objective en comparaison aux moyennes normales admises pour la race, le milieu donné et pour les conditions générales dans lesquelles se trouve l'individu. Le second terme désignerait l'acte accompagné de l'impression subjective d'une éjaculation trop rapide, procurant une satisfaction incomplète et presque toujours un orgasme affaibli. »

Dans le diagnostic clinique de l'éjaculation précoce intervient l'appréciation du coït normal. Beaucoup d'auteurs tels que Marcuse, Magnus-Hirschfeld, Higier, définissent le coït normal comme ayant une durée de deux à dix minutes environ. A notre avis, l'appréciation de la durée, seulement en minutes ne suffit

pas pour caractériser le coït normal; il faut y ajouter une description telle qu'elle a été proposée par W. Reich. Cet auteur distingue dans l'acte sexuel trois phases : celle des mouvements volontaires, celle des mouvements involontaires, et, la phase finale, l'éjaculation et l'orgasme. Or l'acte bref est caractérisé par une perturbation ou une disparition de la première phase du coït, celle des mouvements volontaires. La dernière phase en est troublée pour autant que l'acte bref est accompagné de troubles du réflexe éjaculatoire et de ceux de l'orgasme.

III. — TROUBLES DE L'ORGASME

Ils accompagnent habituellement toutes les formes de l'éjaculation précoce. Mais ils peuvent aussi exister indépendamment et se manifester uniquement par une absence ou une diminution subjective de la satisfaction caractéristique de l'orgasme normal. Ils peuvent encore se manifester par l'absence des phénomènes de détente psycho-physiologique qui suit habituellement l'orgasme. Le trouble de l'orgasme se manifeste alors par des phénomènes de malaise, de nervosité ou d'irritabilité consécutifs à l'acte sexuel.

IV. — LES TROUBLES DE L'APPÉTIT GÉNITAL

On distingue cliniquement des troubles de l'appétit par excès ou par défaut. Nous avons décrit dans les troubles de l'érection l'hyper-érotisme ou Satyriasis, et nous avons fait allusion aux états d'exacerbation génitale doublée d'une diminution de la faculté érective. La majorité des cas de troubles de l'appétit génital sont des troubles par défaut; ils sont caractérisés par une diminution plus ou moins marquée, passagère ou permanente, ou bien encore par une disparition totale, du besoin génital.

Il existe un grand nombre de cas où l'appétit génital n'est pas troublé *quantitativement*, comme nous venons de le décrire, mais d'une façon que l'on pourrait appeler *qualitative*. Ce sont les cas où les hommes ne peuvent accomplir l'acte sexuel que dans des conditions psycho-sexuelles particulières, ou bien encore sont impuissants vis-à-vis de certaines femmes, comme c'est le cas dans les impuissances conjugales.

Tous les auteurs qui ont étudié les troubles de la puissance sont d'accord pour ne pas envisager l'impuissance génitale de

l'homme comme une entité nosographique, mais comme un symptôme ou un syndrome, relevant d'étiologies et de pathogénies les plus diverses, et dont dépendent le diagnostic, le pronostic et le traitement.

C'est la raison pour laquelle la plupart des auteurs attachent une grande importance à une classification étiologique des troubles de la puissance.

Les différentes formes de troubles de la puissance, qu'ils soient des diminutions ou des perturbations du besoin génital, des troubles de l'érection, de l'éjaculation, ou de l'orgasme, relèvent de lésions ou d'affections appartenant à plusieurs groupes étiologiques.

1° *Lésions et affections du système nerveux central.* — Les lésions de la moelle au niveau des centres érecteurs et éjaculateurs¹, c'est-à-dire de la moelle lombaire, sacrée et du cône terminal et de la queue de cheval peuvent causer des troubles de l'érection et de l'éjaculation et des modifications du besoin génital.

Le tabès, la sclérose en plaques (Claude, Kronfeld), l'hématomyélie (Higier), et d'autres lésions traumatiques de la moelle peuvent les déterminer. D'après Higier ces cas neurologiques s'accompagnent d'une forme particulière de l'éjaculation pathologique : *l'éjaculation asthénique*².

Des lésions cérébrales donnent parfois lieu à du priapisme. Certaines psychoses telles que la paralysie générale, la psychose maniaco-dépressive et la démence précoce présentent des troubles de la puissance.

2° *Le diabète sucré* peut donner lieu à des impuissances sous forme de diminution de l'appétit génital, de troubles de l'érection ou de l'éjaculation.

3° *Les intoxications et les toxicomanies*, telles que l'alcoolisme, la morphinomanie, la cocaïomanie, aboutissent souvent à des troubles de la puissance.

4° *Des états de déficience de l'état général* (convalescences) vont aussi de pair avec une diminution notable de la puissance.

5° *Malformations ou lésions des voies génito-urinaires.* — Aux malformations telles par exemple des cas d'*hypospadias*, s'associent habituellement des troubles de la puissance. D'une pathogénie plus évidente sont les impuissances dues au *phimosis* et à la *brèveté du frein*. Il semble que ce soit la forme dite « *phimosis large* » qui cause par l'étranglement du gland érigé, des troubles de l'érection. On attribue à la *brèveté du*

1. Voir Higier, loc., cit., Hesnard, loc., cit.

2. Higier, et c'est notre avis aussi, ne considère cependant pas l'éjaculation asthénique pathognomonique d'une lésion du système nerveux central.

frein un cas d'impuissance célèbre auquel des historiens imputent des conséquences historiques indirectes ¹.

Il nous paraît que dans ces cas, la légère malformation ne conduise à des troubles sérieux de la puissance que là où elle se superpose à des mécanismes névrotiques pertinents. Les lésions des voies génitales paraissent tenir une place importante dans l'étiologie et la pathogénie des troubles de la puissance.

Les urologistes ont décrit des cas de troubles de la puissance consécutifs à une urétrite blennorrhagique et ont insisté sur la fréquence de ses séquelles chez les impuissants.

Certains auteurs attachent une importance particulière à des lésions du veru montanum. Ainsi d'après Orłowski ² le veru montanum jouerait le rôle de régulateur des réflexes de l'automatisme génital. Il est probable que les mêmes troubles se produisant à la suite d'un traitement prolongé d'une blennorrhagie chronique relèvent aussi en partie de l'action locale des instruments explorateurs et des agents thérapeutiques.

Cependant ces états sont souvent suivis de troubles de la puissance plus caractérisés, ayant alors nettement le caractère des impuissances névrotiques relevant de mécanismes psychophysiologiques plus complexes, dus à la valeur affective particulière qu'a pour tout homme l'affection génitale, l'exploration de cette région et le traitement, souvent douloureux, de cette région.

6° *Lésions et dysfonctions des glandes endocrines.* — Les liens entre les fonctions testiculaires et la fonction génitale de l'homme sont universellement connus. Une étroite corrélation existe entre les diverses glandes à sécrétion interne ce qui explique le grand nombre de troubles de la puissance associés à des lésions de ces glandes.

L'hyperorchidie permanente ou paroxystique (Carnot et Baufle) crée des états d'excitation génitale permanente ou transitoire à laquelle on attribue certains cas de satyriasis. D'après MM. Claude et Borel, l'hyperorchidie serait à l'origine de certaines perversions sexuelles.

Le syndrome de *puberté précoce* caractérisé par une exagération morbide et prématurée de la fonction génitale, est en rapport avec des tumeurs du testicule, de la substance cortico-surrénale ou de l'épiphyse, réalisant le tableau clinique de virilisme surrénal (Gallais) ou de la macrogénitosomie précoce (Pellizi).

La diminution du besoin génital ou l'impuissance peuvent précéder ou accompagner divers états pathologiques dus aux lésions des glandes endocrines. Ainsi, par exemple, le

1. Voir St. Zweig : Marie-Antoinette. Grasset, Paris 1933.

2. Cité chez Higier, Hesnard, et Fürbringer.

myxœdème, le *goître exophtalmique*, les états dus à l'*insuffisance* ou à la *disfonction* de la *surrénale*, l'*acromégalie* et le *syndrôme adiposo-génital*, les *insuffisances testiculaires* par *castration* ou par *lésion toxi-infectieuse*, l'*infantilisme réversif* ou *tardif* (Gandy), et enfin le *syndrôme d'insuffisance pluri-glandulaire hypophyso-testiculo-surrénale* (Claude et Gougerot¹).

A côté des cas d'impuissance dus à des troubles endocriniens francs, il existe de nombreux cas de disfonction glandulaire discrète s'accompagnant de troubles de la puissance plus ou moins prononcés ou caractérisés. Par contre, d'autres cas semblent conserver l'intégrité de leur fonction sexuelle malgré des troubles endocriniens pertinents. L'hypofonction testiculaire peut tout au plus être invoquée comme cause d'une diminution de l'appétit génital, mais elle peut difficilement expliquer la chute de l'érection ne se produisant qu'au moment du coït, ou bien encore l'éjaculation précoce.

Il nous semble donc qu'il ne faille pas conclure nécessairement en présence d'une impuissance, à une hypofonction testiculaire.

7° *Les troubles du système neuro-végétatif*. — On les trouve souvent dans des cas de troubles de la puissance.

On les observe plus particulièrement, dans des cas où les troubles de l'érection et de l'éjaculation prennent la forme dite « d'impuissance émotionnelle ».

Il ne semble pas que les troubles de la puissance aillent de pair avec des états de vagotonie ou de sympathicotonie. D'après Higier on observerait des impuissances surtout dans des cas de « déséquilibre total du système neuro-végétatif » (Laignel-Lavastine), de « neuro-tonie » (Guillaume).

8° *Troubles névrotiques de la puissance génitale*. — Depuis longtemps la clinique a permis de constater de très nombreux faits d'impuissance chez des hommes ayant conservé l'intégrité de leur automatisme génital, où des facteurs psycho-affectifs et émotifs jouent un rôle manifeste et prépondérant. Ces cas ont été dénommés *impuissance émotive* ou *impuissance psychique* ou *psychogène*. De l'avis de la plupart des auteurs ce sont les cas les plus fréquents de troubles de la puissance génitale. La clinique montre aussi que ces impuissances se trouvent surtout chez des hommes présentant en même temps des troubles névrotiques divers tels que des obsessions, des phobies, etc., relevant de la névrose.

Dans son traité de sexologie, M. Hesnard range ces impuis-

1. Nous empruntons cet exposé à l'article de MM. Harvier et Bariéty : « Glandes endocrines », dans « le Traité de Pathologie Médicale » de MM. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, Vol. IX.

sances parmi les « névroses à manifestations génitales » — et il se base lui aussi sur les mêmes faits cliniques.

Freud, et par la suite d'autres psychanalystes tels que : Abraham, Ferenczi, Jones, Reich, Steiner, signalent chez tous les névrosés soignés ou observés par eux, des troubles de la puissance génitale à des degrés les plus divers, tels des impuissances érectives, des éjaculations précoces ou retardées, parfois seulement des troubles discrets de l'appétit génital ou de l'orgasme. Dans tous les cas traités avec succès par ces auteurs et d'autres psychanalystes ces troubles génitaux disparaissaient parallèlement à la guérison des troubles névrotiques.

Cliniquement les troubles de la puissance peuvent être au second plan par rapport aux troubles névrotiques, comme des phobies, des obsessions, etc... soit occuper la première place dans le tableau clinique du cas. La constance de l'association de troubles névrotiques avérés, avec ceux des troubles de la puissance, les liens étroits qui unissent ces deux formes de manifestations pathologiques, et, enfin, la nature même de ces troubles, tout cela nous permet de faire rentrer certains troubles de la puissance virile dans le cadre des névroses.

Nous nous servons du terme « névrose » dans le sens que lui a donné Freud. Au point de vue clinique cette notion chez lui ne se distingue guère de celle qu'a le terme de névrose pour la grande majorité des psychiatres et des neurologistes. Mais la conception pathogénique de la névrose a, chez Freud, un sens que nous tenons à préciser, car elle a souvent donné lieu à des malentendus.

On a en effet reproché à Freud de ne considérer les névroses que d'un point de vue étroitement psychologique. Or, à plusieurs reprises¹, il a affirmé et souligné que la technique psychanalytique était purement psychologique, mais que la psychanalyse tenait largement compte, dans ces conceptions des névroses, du rôle important de facteurs somatiques.

Dès le début de ses recherches² sur les névroses et sur le rôle qu'y joue la sexualité dans ces états, Freud avait signalé les désordres provoqués par les troubles du *métabolisme du chimisme sexuel*. Certaines formes de névroses d'angoisse, de neurasthénie et d'états hypocondriaques sont, d'ailleurs d'après Freud, d'origine purement somatique. Dans d'autres états névropathiques, les psycho-névroses (ou névroses tout court), les troubles hormonaux se compliquent de troubles psychiques dans des proportions variables suivant les cas. Or, la psychana-

1. Freud. Introduction à la psychanalyse. Paris, Payot 1923.

Le cas de Dora. Revue franç. de psychanalyse. Trad. franç. par Marie Bonaparte et R. Loewenstein.

Angst Hemmung und Symptom. Inter. Ps. A. Verl. Wien 1926.

2. Vers 1893.

lyse a eu pour tâche d'examiner et d'étudier précisément ce versant psychologique des névroses, dont la complexité et l'importance avaient échappé aux investigations dépourvues du seul moyen de les connaître, de la *méthode psychanalytique*.

Qu'il nous soit permis de préciser davantage encore la conception qu'on peut se faire des facteurs biologiques et psychologiques dans les névroses. Et cela à propos d'un cas de névrose obsessionnelle que nous devons au docteur A. Borel. Il s'agit d'une femme qui, à la suite d'un accouchement, présenta des obsessions (phobies de couteaux) caractérisées et typiques. Ces obsessions disparurent brusquement et complètement après quelques mois. Après un intervalle de plusieurs mois les mêmes obsessions réapparurent, aussi brusquement, d'un jour à l'autre, et actuellement ces périodes d'obsession et de santé s'alternent à des intervalles réguliers. Or, M. Borel précise qu'il ne s'agit pas dans ce cas d'idées obsédantes chez une mélancolique, mais bien d'obsessions typiques apparaissant périodiquement. S'il avait été possible de faire une psychanalyse de ce cas, il eût certainement été facile de découvrir les mécanismes psychologiques qui président à la formation de ces obsessions, et même il eût peut-être été possible d'avoir une certaine action thérapeutique sur ces obsessions. Mais il est certain que l'intérêt de ce cas réside dans les modifications du terrain, de l'*équilibre dynamique* du sujet qui permet l'*éclosion du dynamisme psychique pathogène*.

La notion d'*équilibre dynamique*, nous la devons à M. le professeur Santenaise. Il s'en est servi précisément à propos du cas que nous venons de citer.

La psychanalyse ne néglige pas non plus la place, souvent importante, que peut tenir dans la pathogénie d'un névrose, une épine organique. Cette notion semble même avoir une importance toute particulière dans la pathogénie des névroses qui nous occupent ici, des troubles névrotiques de la puissance génitale.

Nous qualifierons donc de *troubles névrotiques de la puissance génitale de l'homme, tous les cas d'impuissance complète ou simplement ébauchée, dues à l'absence ou aux chutes de l'érection, aux éjaculations précoces ou retardées, aux orgasmes déficients, aux troubles de l'appétit génital, qualitatifs ou quantitatifs, caractérisés en outre par les symptômes objectifs suivants* :

I. — Association des troubles génitaux avec d'autres *symptômes de névrose* bien caractérisés.

II. — Absence de troubles organiques tels que : lésions ou affections du Système Nerveux Central, diabète sucré, intoxications (alcoolisme, toxicomanies), déficience de l'état général,

lésions ou affections des voies uro-génitales et des systèmes endocrinien et neuro-végétatif. Cependant, à notre avis, de légères affections des voies uro-génitales ou des disfonctions discrètes des systèmes endocrinien et neuro-végétatif, sont parfois associés à des troubles névrotiques de la puissance, à titre d'épine organique. L'importance des mécanismes névrotiques par rapport au trouble somatique doit être apprécié dans chaque cas pris individuellement.

III. — *Conservation de l'automatisme génital*, dans : des masturbations et des pollutions nocturnes, des érections à d'autres moments que ceux des rapports sexuels, la faculté d'accomplir le coït dans certaines conditions psychologiques.

A côté des symptômes objectifs que nous venons d'énumérer, on peut invoquer encore en faveur de la nature névrotique des troubles de la puissance dont nous parlons ici, deux ordres de faits :

1° L'étroite parenté entre la pathogénie des symptômes de la névrose, et celle des symptômes relevant des troubles de l'automatisme génital, parenté décelable par le procédé psychanalytique;

2° La rétrocession ou la guérison des troubles de la puissance peut être obtenue par les traitements mêmes qui agissent efficacement sur les états névrotiques, et tout particulièrement par la psychanalyse.

Les troubles névrotiques de la puissance, et en particulier ceux de l'érection ont été récemment distingués à un certain point de vue, des impuissances de nature organique par M. Cenac. Il les définit comme étant de l'ordre d'une inhibition et il propose de réserver le nom « d'inhibition génitale » aux troubles névrotiques de l'érection. Selon M. Cenac le terme habituellement employé d'impuissance évoquant à tort l'idée d'une incapacité irrémédiable, qui ne saurait évidemment être appliqué aux troubles réversibles que sont les inhibitions génitales névrotiques.

Nous nous servons donc du terme « inhibition génitale » pour désigner les troubles de l'érection, et nous remplacerons celui « d'impuissance par névrose » par le terme plus générique de *trouble névrotique de la puissance*, en ajoutant le cas échéant, une désignation plus précise selon qu'il s'agisse de troubles de l'érection, de l'éjaculation, de l'orgasme ou de troubles de l'appétit génital.

FORMES CLINIQUES

Dans le cadre des « impuissances » par névrose à manifestation génitale (Hesnard), ou des « troubles névrotiques de la

puissance » comme nous proposons de les nommer, rentre un grand nombre de formes cliniques.

Il est très difficile d'en classer toutes les formes d'après un seul principe de classification.

On pourrait, par exemple, tenter une classification d'après le type nosographique de la névrose dont est accompagné le trouble de la puissance. Cette classification malheureusement, présente de nombreux inconvénients. Elle ne permet pas, en particulier, de se faire une idée des troubles de la puissance qui semblent plus ou moins indépendants des formes de la névrose.

De plus, dans les cas précisément, où le trouble de la puissance est associé à une névrose caractérisée, si cette dernière est au premier plan du tableau clinique, le cas sera classé selon la forme de la névrose. Si par contre, le trouble génital est au premier plan, le problème de sa classification se pose une fois de plus.

Nous adoptons volontiers la classification habituelle, telle à peu après qu'elle a été proposée récemment par Freud¹, Hesnard², Higier³, Reich⁴.

Cependant il nous paraît infiniment important, dans la classification des troubles névrotiques de la puissance de faire état aussi des particularités de la névrose associée.

Nous distinguerons donc : A) des troubles de l'érection; B) des troubles de l'éjaculation; C) des troubles de l'orgasme; D) des troubles de l'appétit génital.

Cette classification pour utile qu'elle soit, présente elle aussi des imperfections, dont la principale est la suivante : un très grand nombre d'hommes atteints de troubles de la puissance, présentent des symptômes qui ne permettent pas de les ranger dans une seule des catégories précitées. Souvent leurs symptômes s'étendent sur deux ou trois de ces catégories, parfois même sur toutes à la fois. Force sera alors de les classer en suivant les particularités les plus marquantes de son trouble de la puissance.

A) *Troubles de l'érection*. — Suivant l'intensité du trouble, la fréquence des défaillances, le moment et les conditions de leur apparition, on peut distinguer :

a) Les inhibitions sexuelles passagères, soit chez des jeunes gens lors de leurs premiers essais de rapports, soit chez des adultes, et alors souvent par exemple, lors de chaque premier essai, avec une nouvelle partenaire, ou si la partenaire ne s'est donnée qu'après une période prolongée de résistances et d'hési-

1. Freud-Angst, Hemmung und Symptom. Int. Ps. A. Verl. Vienne 1926.

2. Hesnard, loc., cit.

3. Higier, loc., cit.

4. Reich-Funktion des Orgamus. Int. Ps. A. Verl. Vienne 1927.

tations. Ces défaillances passagères peuvent fortement ébranler et humilier le sujet, être le point de départ d'un état persistant de doute et d'anxiété au sujet de ses capacités viriles, elles peuvent parfois créer chez des sujets ayant eu une évolution psychosexuelle particulière et présentant des tendances à l'émotivité, la conviction d'être des « impuissants ». Mais très souvent, ces défaillances ne se perpétuent pas, et le sujet en garde une « crainte de l'impuissance » plus ou moins marquée. Ajoutons que cette crainte, à des degrés divers, est extrêmement répandue, et qu'elle existe même chez la plupart des hommes à puissance virile normale.

b) Les inhibitions partielles et électives peuvent se greffer sur des impuissances accidentelles, et créer alors des craintes perpétuelles d'être impuissant et des défaillances plus ou moins fréquentes. Parfois encore l'inhibition génitale peut ne se faire jour que dans certaines conditions particulières, vis-à-vis de certaines femmes seulement.

(Nous les décrirons brièvement ici, bien que leur place soit tout autant dans certains troubles de l'appétit génital.)

Bien connus sont par exemple les cas dits « d'impuissance conjugale » ou encore ces cas où des hommes ne sont capables d'avoir des rapports qu'une seule fois avec une femme et qui sont contraints d'en changer constamment pour ne pas se révéler impuissants.

c) L'inhibition génitale généralisée ou permanente, parfois plus ou moins totale, réalise le tableau clinique qui se rapproche le plus d'une impuissance virile proprement dite, impuissance de nature névrotique, fonctionnelle, avec conservation de l'intégrité anatomo-physiologique, avec possibilité d'un retour à la fonction normale à la suite d'un traitement approprié. Mais il est un fait clinique important que chez presque tous ces cas, la fonction génitale est conservée, dans des masturbations ou des pollutions, ce qui prouve que cette « impuissance » a le caractère d'une inhibition.

Il est rare qu'une inhibition généralisée et permanente s'établisse chez un adulte après une période de vie sexuelle normale. On voit beaucoup plus fréquemment cette sorte de troubles se manifester chez un jeune homme au début de sa vie sexuelle. Il s'agit dans ces cas souvent de jeunes gens ayant passé par une période plus ou moins longue de masturbation, pratiquée avec remords et crainte violente de « ses suites terribles ».

Les inhibitions permanentes ou généralisées, débutent souvent dès les premières tentatives sexuelles, ou bien se manifestent franchement à la suite d'une courte période de rapports

plus ou moins bien réussis. Très fréquemment le trouble de la puissance s'accroît à la suite d'une blennorrhagie chronique et s'accompagne alors souvent de craintes hypocondriaques et de phobies des maladies vénériennes.

A la période d'état de ces formes d'impuissance, qui le plus souvent d'ailleurs associent l'éjaculation précoce aux troubles de l'érection, les sujets se croient irrémédiablement voués à l'impuissance en quelque sorte organique. Fréquemment leur état dépressif habituel est aggravé par l'échec ou l'application même de manœuvres thérapeutiques locales plus ou moins fantaisistes dont on voit souvent la publicité tapageuse. A côté des préoccupations génitales déprimantes, le tableau clinique est dominé par de nombreuses phobies et craintes hypocondriaques, souvent à localisation viscérale, et par des troubles du caractère qui peuvent même être seuls à s'imposer au premier abord. Le trouble du caractère est dominé par la grave blessure d'amour-propre que constitue l'impuissance virile. Il amplifie les tendances antérieures de ces hommes à la timidité, aux réactions découlant de leur sentiment d'infériorité et de honte. Leur manque de confiance en soi et la diminution de leur capacité de travail les rend peu sociables et susceptibles, et cela d'autant plus que les états de rage dans lesquels ils se mettent souvent, restent le plus souvent intérieurs, tandis qu'à l'extérieur ils ne sont perceptibles à la rigueur que par leur gaucherie et leur tendance à rougir qui, elle, va jusqu'à l'éreutophobie.

Nous avons pu constater que des impuissances graves vont rarement de pair avec des névroses caractérisées, tels que des états de nature hystérique, des névroses obsessionnelles proprement dites ou de grands états phobiques.

B) *Troubles de l'éjaculation et de l'orgasme.* — Les formes principales sont : a) l'éjaculation retardée ou déficiente; b) l'éjaculation précoce, à des degrés variables.

a) L'éjaculation retardée est relativement plus rare que les cas d'actes brefs. Dans le coït normal, l'éjaculation est retardée volontairement ou par la répétition du coït dans un temps relativement court. Dans les cas pathologiques, ce retard est ressenti très péniblement, et le sujet recourt souvent alors à des excitations perverses réelles ou imaginaires, pour hâter l'orgasme. L'orgasme dans ces cas n'est pas nécessairement troublé. Ferenczi signale l'association de l'éjaculation retardée à la névrose de forme obsessionnelle.

b) L'éjaculation précoce est une affection relativement fréquente et très souvent associée à des troubles de l'érection. On voit fréquemment des cas dans lesquels des défaillances de l'érection alternent avec l'acte bref, ou bien dans lesquels ce dernier succède dans le même coït, à une érection difficile. Le

degré de précocité de l'éjaculation varie souvent aussi chez le même sujet. C'est ainsi que, lors des premières tentatives de rapports avec une partenaire donnée, on voit d'abord une *éjaculation ante-portas*, parfois même une éjaculation à caractère *asthénique* (Higier) qui cède la place, après des coïts répétés avec la même femme, à des éjaculations relativement moins précipitées, parfois même tout à fait normales. Nombreux sont les cas où l'acte bref est persistant. Ce sont alors des cas qui présentent des troubles névrotiques marqués avec prédominance de syndrome anxieux et hypocondriaque. Ces hommes finissent par avoir une appréhension intense de tout rapprochement avec des femmes, ce qui va de pair chez eux avec des troubles marqués du caractère et du comportement.

Une forme particulière de l'éjaculation précoce est la forme *neurasthénique* de certains auteurs, caractérisée par l'association du syndrome neurasthénique et de troubles de l'éjaculation. Dans ces cas, les céphalées, les troubles digestifs, les douleurs lombaires et la fatigue, semblent souvent s'accroître à la suite de rapports sexuels, présentant justement le caractère de l'acte bref. Freud considère ces états comme faisant partie des « névroses actuelles », c'est-à-dire provoqués par des troubles du métabolisme des glandes sexuelles, sans intervention notable de facteurs psychiques. D'autres auteurs psychanalystes cependant, comme W. Reich et P. Schilder par exemple, inclinent en faveur d'une pathogénie associée où le facteur psychique aurait une part non négligeable.

Les troubles de l'orgasme accompagnent régulièrement tous les cas où l'éjaculation est perturbée. Mais il existe des cas chez lesquels il semble qu'on puisse déceler des troubles psychiques de l'orgasme (Higier, Reich) sans que l'éjaculation proprement dite soit visiblement troublée. Un des symptômes essentiels bien que peu apparent de ces états, est la sensation subjective de malaises, d'insatisfaction, de fatigue et d'irritation qui accompagne les rapports sexuels ou leur succèdent. Les hommes atteints de cette déficience de leur fonction génitale viennent rarement consulter pour cette raison. Habituellement il s'agit là de troubles que l'on retrouve par hasard chez des sujets atteints d'affections névrotiques telles que des obsessions, des phobies, etc...

C) *Troubles de l'appétit génital*. — Il existe en effet des hommes dont l'appétit génital semble exacerbé, qui n'arrivent à trouver aucune satisfaction apaisante dans les nombreux rapports sexuels qu'ils tentent. Ce sont des cas qu'on pourrait appeler « pseudo-priapisme névrotique ». Dans la majorité des cas de troubles névrotiques de la puissance, l'appétit génital est nettement diminué.

A côté de ces cas chez lesquels il s'agit de *troubles quantitatifs de l'appétit génital*, on peut en discerner d'autres où le trouble de l'appétit a un autre caractère, et que nous appellerons *troubles qualitatifs de l'appétit génital*. Ceux-ci sont extrêmement nombreux et variés. On peut néanmoins en distinguer deux formes dont l'importance pratique est particulièrement grande. Il s'agit de types *d'impuissance relative ou conditionnelle*, qui peut se manifester soit sous forme de troubles de l'érection, soit sous forme de troubles de l'éjaculation et de l'orgasme.

La première forme est celle des hommes impuissants tant que leurs rapports ne sont pas précédés ou accompagnés d'excitations ou de satisfactions perverses, par exemple : buccales, anales, excrémentielles, sadiques, masochistes ou fétichistes.

Dans la seconde forme (que nous avons appelée « inhibition élective, pour autant qu'il s'agissait de troubles de l'érection), peuvent être rangés les hommes qui ne sont puissants qu'à condition de changer fréquemment de partenaire, ou bien de s'adresser à des partenaires professionnelles ou dont le niveau social, intellectuel ou moral leur est nettement inférieur. Un type bien connu de ces troubles de l'impuissance est *l'impuissance conjugale*.

Les quelques formes de troubles de l'appétit génital que nous venons d'esquisser, n'épuisent évidemment pas toutes les formes et toutes leurs variantes que l'on rencontre dans la pratique. Le diagnostic n'en n'est pas toujours facile. Parfois même on ne les découvre qu'au cours du traitement psychanalytique d'une névrose quelconque. D'autres fois, ces troubles de l'appétit génital prennent une importance pratique très considérable, tant au point de vue social que médical.

*
**

Nous avons tenté de classer les troubles névrotiques de la puissance génitale de l'homme, en nous basant sur des notions presque exclusivement cliniques. Cette classification n'a évidemment pas pour but d'élever des cloisons étanches entre groupes et sous-groupes nosographiques du même syndrome; elle ne poursuit que la tâche de mettre un peu d'ordre et de clarté dans l'infinité variété de la réalité clinique. Nous espérons donner une image plus vivante de cette réalité dans les chapitres suivants : l'évolution de la sexualité chez l'individu, et, la psychologie des mécanismes inhibiteurs de la fonction génitale telles qu'elles se révèlent, grâce au traitement et à l'investigation psychanalytiques.

CHAPITRE II

L'ÉVOLUTION DE LA FONCTION GÉNITALE ET LA SEXUALITÉ INFANTILE

Le traitement par la psychanalyse, des troubles névrotiques de la puissance, ne fut pas au début entrepris délibérément.

C'est en psychanalysant des névrosés, tels que des obsédés, qui présentaient en même temps des troubles de la puissance génitale, que fut découvert par Freud et ensuite par Ferenczi, l'action thérapeutique de la psychanalyse sur des troubles de la puissance.

Freud parle dès 1905 de la pathogénie des impuissances, dans ses *Trois essais sur la sexualité*¹, et Ferenczi lui consacre un article en 1908¹.

Les recherches psychanalytiques permirent de découvrir que la fonction sexuelle de l'adulte et ses troubles, ne peuvent être compris et traités efficacement, que si l'on tient compte du lien intime qui unit la fonction génitale de l'homme au reste de la personnalité, et plus particulièrement à la vie affective des sujets; si l'on ne tient pas compte d'autre part, de l'évolution de la sexualité chez l'individu dont la fonction génitale de l'adulte représente l'aboutissant.

Il nous paraît utile de commencer par un résumé de l'évolution de la sexualité de l'enfant jusqu'à l'âge adulte. Ce faisant, nous nous rendons compte que nous parcourons à rebours, le chemin qu'avait parcouru Freud au cours de ses recherches. Mais nous espérons que, ainsi, notre exposé gagnera en clarté.

Un des résultats les plus importants des recherches psychanalytiques de Freud, fut la découverte de la sexualité infantile. Il ne se contenta pas d'affirmer la présence de manifestations sexuelles dans l'enfance; il découvrit le caractère absolument général, normal, de la sexualité infantile, et il découvrit les lois qui en régissent l'évolution.

La découverte de la sexualité infantile fut certainement la

1. Dont la traduction a paru en 1933 dans « La Revue Française de Psychanalyse ».

plus violemment critiquée et contestée, parmi les résultats des recherches de la psychanalyse.

Il semble bien, cependant, que la majorité des sexologues ait cessé de la contester.

L'opposition rencontrée par la notion de la sexualité infantile semble être due à plusieurs raisons : la première est celle d'un malentendu purement verbal. On a en effet généralement l'habitude de ne considérer comme sexuelles, que des manifestations des organes génitaux proprement dits, tandis que Freud emploie ce terme dans un sens infiniment plus vaste. Des manifestations que des auteurs non psychanalystes s'accordent à considérer comme des expressions de l'érotisme ou de l'hédonisme, Freud les classe, à notre avis à juste titre, dans les manifestations de l'instinct sexuel, dans l'acception large de ce terme. Cette conception large de l'instinct sexuel se trouve partagée par les conceptions des biologistes. C'est ainsi que M. Pézard dit : « En dernière analyse, il semble certain qu'il n'existe pas de caractère ni morphologique ni physique qui échappe à l'empreinte sexuelle. » De même M. Caullery : « On dirait que tout l'organisme est comme imprégné par le sexe, qui se révèle d'une manière plus ou moins perceptible dans chacune de ses parties. »

L'existence de la sexualité infantile a pu être contestée pour une autre raison encore. Elle n'est pas facile à observer chez les enfants directement, qui la dissimulent très habilement, et chez l'adulte, les souvenirs de cette époque lointaine de leur vie sont bien souvent effacés. Même ceux des adultes qui en ont conservé le souvenir, répugnent à l'avouer ou même à l'admettre, la sexualité infantile ayant pour l'adulte un caractère choquant.

La sexualité infantile peut être constatée par une méthode spéciale de recherches, la méthode psychanalytique, qui, tel un microscope, permet d'observer des phénomènes, invisibles « à l'œil nu » de l'introspection seule, même la plus poussée.

Ce qui distingue les premières manifestations de la sexualité infantile de celles de l'adulte, c'est précisément le fait du caractère rudimentaire des organes génitaux et l'inaptitude à la procréation. C'est pourquoi les manifestations sexuelles de cette époque ont aux yeux des adultes un aspect puéril où il reconnaît à peine le caractère sexuel. Cependant l'enfant même ressent ses émotions sexuelles d'une façon extrêmement intense, parfois même jamais plus égalée. Certes, si chez l'enfant l'instinct sexuel par rapport à la sexualité de l'adulte peut paraître faible, sa force est très grande par rapport à l'organisme et au psychisme de l'enfant.

La sexualité infantile semble dès ses débuts, étroitement

liée aux fonctions vitales de l'enfant : alimentation, excrétion, motilité, fonctions sensorielles.

En effet on observe très tôt chez l'enfant que la succion chez le nourrisson et chez le jeune enfant sert non seulement à l'assouvissement de la faim et de la soif, mais aussi à la provocation et à l'assouvissement d'un plaisir de nature érotique. L'on voit, par exemple, des nourrissons rassasiés sucer leurs doigts immédiatement après la tétée. Cette habitude de succion des doigts se prolonge souvent pendant toute l'enfance et parfois même n'est remplacée qu'à l'âge adulte par une autre activité érotique de la zone labiale, le baiser, dont le caractère sexuel n'est certainement contesté par personne.

Une autre fonction vitale, celle de l'excrétion, a aussi une composante érotique importante, liée à l'érogénéité des zones recto-anales et uréthrales. Cette composante érotique des fonctions excrétoires, et l'intérêt même pour les matières excrétées, si vif dans l'enfance, subissent normalement un refoulement vers la fin de la première enfance. Cependant, chez un nombre très considérable d'adultes l'érogénéité des zones anales et uréthrales subsiste et joue un grand rôle dans leur vie sexuelle. A cette même époque de l'évolution de l'enfant apparaissent aussi des manifestations érotiques liées au développement du système musculaire; c'est-à-dire les plaisirs liés à l'agression et à la destruction, bref le sadisme. La première forme de ce sadisme est liée à l'érotisme bucco-labial, sous la forme du plaisir de mordre, fréquemment conservé même chez des adultes normaux. Cette forme de sadisme a été appelée par Abraham « cannibalique ». La seconde forme du sadisme est liée à l'apparition de la station debout et à l'apprentissage de la marche.

Cependant il nous paraît que dès cette époque de l'enfance, l'érotisme musculaire n'a pas un caractère uniquement sadique, mais se manifeste aussi sous forme d'érotisme locomoteur¹.

Si les muqueuses bucco-labiale et anale sont des zones érogènes localisées, la peau entière est érogène chez l'enfant comme d'ailleurs chez l'adulte. La zone érogène qui chez l'adulte aura une prépondérance telle que la sexualité presque entière y sera concentrée, les organes génitaux, manifestent leur érogénéité de très bonne heure chez l'enfant. L'enfant la « découvre » lui-même plus ou moins tôt. Toutefois la zone génitale n'a pas encore dans l'enfance la prépondérance qu'elle acquerra plus tard, dès la puberté. Cependant, il existe généralement entre trois et cinq ans une accentuation très marquée de l'érogénéité de la zone génitale, dont l'intensité et le moment

1. Voir Abraham, Klin, Beitr. z. Psychoanalyse.

de l'apparition varient suivant la constitution sexuelle de chaque enfant, période que Freud a appelée « phase phallique » de l'évolution de la libido.

Physiologiquement la fonction génitale de l'enfance se distingue de la fonction génitale pubère, par des érections et des orgasmes plus ou moins complets, et évidemment par l'absence d'éjaculation. Psychologiquement, la phase phallique débute aussi par une période auto-érotique et la période hétéro-érotique est dominée par des désirs à buts passifs : se faire toucher la verge, la faire voir ; les buts actifs de cette période consistent à frotter la verge contre quelqu'un ou quelque chose, et dans le désir de voir les organes des autres. Et le but actif normal de l'adulte, celui de la pénétration, ne semble s'ébaucher que vers la fin de la période phallique pour ne se manifester véritablement qu'à la puberté. La prédominance des buts passifs, au cours de la phase phallique, va de pair avec une ignorance et une non acceptation des organes sexuels féminins. La surestimation narcissique de la verge par le petit garçon lui fait croire à l'existence d'organes pareils aux siens, chez tous les êtres humains, femmes et fillettes comprises. Généralement l'évolution sexuelle de l'enfant subit une éclipse dès l'âge de cinq à six ans, éclipse plus ou moins totale, appelée période de latence, et qui dure jusqu'à la pré-puberté.

Cependant les manifestations érotiques et sexuelles de l'enfant ont longtemps un caractère auto-érotique, c'est-à-dire que l'enfant recherche des sensations libidinales sur son propre corps, sans avoir recours à aucune autre personne en dehors de lui. Ce n'est que peu à peu qu'apparaît chez l'enfant la recherche d'un objet d'amour, qui est évidemment toujours la personne qui se trouve en contact immédiat et constant avec lui. Les formes que prennent chez l'enfant les relations érotiques avec l'objet sont assez particulières pour être soulignées. En dehors du plaisir provoqué par l'excitation des zones érogènes, les relations avec l'objet sont dominées chez l'enfant par des pulsions partielles. Ces pulsions partielles sont représentées par deux couples de pulsions : le sadisme et le masochisme, donnant lieu à des désirs d'attaquer ou d'être attaqué par l'objet, et le voyeurisme et l'exhibitionisme se traduisant par le plaisir de voir l'objet ou d'être vu par lui.

On voit aisément que ce que sont pour l'enfant les buts essentiels de ses désirs sexuels ne joueront dans la vie sexuelle de l'adulte qu'un rôle secondaire : les plaisirs et les satisfactions préliminaires, le but sexuel essentiel, le coït, ne prenant une forme concrète qu'à la puberté.

La découverte de l'objet, dans le sens érotique comme dans le sens cognitif de ce terme, est chez l'enfant un processus lent :

pour ce qui est du domaine érotique qui seul nous intéresse ici, la période auto-érotique est sans objet. Elle est suivie d'une période pendant laquelle la personne aimée, « l'objet » peut aussi être la personne de l'enfant lui-même. Cette forme d'amour que Freud a appelée « narcissisme », marque très fortement la nature de l'amour des enfants. Cet amour de soi-même, de son propre corps, de ses propres zones sexuelles, va de pair avec le besoin si puissant chez l'enfant d'être aimé et le désir que son corps et ses zones érogènes soient aimées, admirées. A notre avis, le narcissisme attaché aux organes génitaux de l'homme a une importance considérable dans la pathogénie des troubles de la puissance virile.

Quelques auteurs psychanalystes (Codet, Laforgue, Pichon) ont essayé de définir l'aspect particulier de l'amour du petit garçon pour son entourage, par « possessif » ou « captatif », et l'opposent à l'amour « oblatif » de l'adulte normal. Ces termes sont suffisamment expressifs en soi pour n'avoir besoin d'aucun commentaire.

Le choix de l'objet d'amour de l'enfant, surtout dans les toutes premières années, est guidé par des motifs purement égocentriques. L'enfant aime les personnes qui le protègent, qui le nourrissent, qui le soignent, qui le caressent, qui jouent avec lui. Aussi est-il naturel que dès l'apparition des désirs sexuels, ceux-ci se tournent vers ces personnes et en particulier vers la mère.

Chez le petit garçon, entre trois et cinq ans, époque à laquelle la phase phallique atteint généralement son point culminant, l'ensemble des dispositions amoureuses du petit garçon prend une position caractéristique que Freud a appelée le « complexe d'Œdipe » : amour pour la mère, jalousie envers le père. Ces dispositions affectives demeurent plus ou moins obscures à l'enfant lui-même, et sont ensuite presque complètement oubliées. L'observation directe des enfants ne le laisse pas toujours facilement apparaître, mais les résultats des recherches psychanalytiques poussées le démontrent avec une précision et une régularité qui ne laisse subsister aucun doute à ce sujet.

Certes, cette constellation affective peut prendre différentes formes suivant les circonstances et les conditions propres à chaque enfant. Ainsi, par exemple, l'objet de l'attachement du petit garçon, en l'absence de la mère, peut être une sœur plus âgée, une nourrice ou une gouvernante. De même la jalousie envers le père peut en l'absence de celui-ci, être déplacée sur un frère ou un oncle, ou bien ne pas se faire jour du tout lorsque tout rival manque.

L'existence si générale du complexe d'Œdipe chez les êtres

humains, est un problème auquel il n'est pas si facile de trouver une réponse. Freud y voit l'héritage ancestral d'époques reculées ou la structure de la société humaine donnait lieu à des situations œdipiennes non déguisées. La rigueur exceptionnelle avec laquelle chez tous les peuples de toutes les époques les lois châtent le parricide et l'inceste avec la mère montre de quels efforts l'humanité a dû user pour refouler ces désirs. Il est en tout cas évident, que le complexe d'Œdipe est le reflet de l'instinct même du mâle qui devra lutter contre d'autres mâles pour la possession de la femme. Un grand penseur, Diderot, semble avoir eu l'intuition de cet état de choses, lorsqu'il disait : « Si l'enfant avait la force des passions d'un homme de trente ans, il tordrait le cou à son père et coucherait avec sa mère. »

Les manifestations et les mouvements affectifs inhérents au complexe d'Œdipe sont toujours accompagnés de sentiments de culpabilité intenses, révélateurs de forces affectives dirigées à l'encontre des désirs prohibés.

Le refoulement des sentiments de jalousie contre le père, s'explique chez le petit garçon, par la crainte du rival redoutable, mais surtout aussi par la coexistence chez le fils d'une tendre affection pour son père.

Il convient de dire ici quelques mots de la tendresse ou des autres formes de sentiments qu'on désigne par le mot amour. Les recherches psychanalytiques, ont amené Freud à considérer les états affectifs comme provenant de la même source que les manifestations proprement sexuelles. Si ces deux formes d'amour ont une origine commune, l'instinct sexuel, il existe une différence. L'amour tendre se distingue des désirs sexuels par l'absence ou l'inhibition chez le premier, d'un but manifestement sexuel.

Normalement d'ailleurs, ces états affectifs de « tendresse » sont plus ou moins visiblement mélangés de manifestations sexuelles, et chez l'adulte normal, ces deux formes d'amour doivent pouvoir coexister vis-à-vis d'une même personne. Dans certains états pathologiques, ces deux formes d'amour sont absolument dissociées.

Chez le petit garçon à l'époque du complexe d'Œdipe, l'éducation vise précisément à séparer la tendresse des désirs sexuels : exalter l'une et supprimer l'autre.

L'histoire du complexe d'Œdipe se complique du fait de la constitution sexuelle de l'homme. Freud a été le premier à insister sur la constitution bi-sexuelle de l'être humain, admise aujourd'hui, par la grande majorité des biologistes. Cette bi-sexualité constitutionnelle est tout particulièrement prononcée dans l'enfance, époque à laquelle la différence des sexes est bien moins prononcée qu'entre l'homme et la femme adultes.

C'est probablement à cela que sont dues les tendances bi-sexuelles marquées des enfants. Ainsi le petit garçon dans ses jeux sexuels, est presque autant attiré par d'autres garçons que par des fillettes. C'est ce qui explique la grande fréquence de séductions de petits garçons par des adultes homosexuels.

Le narcissisme du petit garçon le prédispose d'ailleurs à être attiré par des êtres semblables à lui-même, possédant une verge comme lui, seul organe génital que le petit garçon à cette époque soit capable de concevoir.

Tout ceci permet de comprendre la découverte que Freud a faite, que des garçons possédant une constitution bi-sexuelle plus prononcée, présentent, à un moment donné de leur première enfance, une attitude affective exactement opposée à celle du complexe d'Œdipe normal. Cette attitude que Freud a appelée le complexe d'Œdipe négatif ou passif, et qui consiste en des désirs sexuels de forme passive féminine, vis-à-vis du père accompagnés de jalousie et d'hostilité à l'endroit de la mère.

Comme nous l'avons dit déjà, le complexe d'Œdipe, qu'il soit normal ou inversé, peut avoir pour protagonistes non seulement les parents, eux-mêmes, mais aussi d'autres personnes de l'entourage immédiat ou de la famille de l'enfant, comme par exemple les nourrices, gouvernantes, etc...

Les manifestations de cette époque de l'évolution du petit garçon, consistent soit en jeux sexuels avec d'autres enfants, parfois même avec des adultes, soit en masturbations. Les jeux sexuels avec d'autres enfants, qui ont aussi souvent le caractère homo que hétéro-sexuels, consistent en exhibitions ou attouchements, aussi en simulacres de rapports sexuels. Il en va un peu autrement lorsque le partenaire du petit garçon est une personne adulte, qui joue dans ces cas-là habituellement le rôle de séducteur.

Les caractères particuliers de l'activité génitale de l'enfance, variant avec chaque cas, et avec l'âge et le sexe des partenaires, ont une importance très grande, en ce sens qu'elle laisse une empreinte durable sur l'orientation de la vie sexuelle ultérieure du sujet. Une place à part parmi ces traumatismes sexuels de l'enfance, tient au fait de voir, d'entendre ou d'observer le coït des adultes et tout particulièrement celui des parents. L'action traumatisante consiste en un éveil ou un accroissement brusque de l'énergie sexuelle de l'enfant.

La masturbation du petit garçon consiste, soit en excitations manuelles, soit en frottements de la verge contre des personnes ou des objets, et souvent elle présente le caractère d'une masturbation psychique, c'est-à-dire de sensations génitales voluptueuses provoquées ou accompagnées par des rêveries à contenu

sexuel plus ou moins pervers. Lorsqu'on réussit à déchiffrer analytiquement la nature de ces phantasmes sexuels, ils se révèlent centrés autour des situations affectives du complexe d'Œdipe.

Les manifestations génitales du petit garçon se heurtent généralement à un moment donné à des interdictions de la part de l'entourage de l'enfant, interdictions accompagnées fréquemment de menaces de castration, de mutilation, ou de perspective de maladies mortelles, d'idiotie ou de folie.

La découverte des manifestations génitales du petit garçon, leur interdiction et les menaces qui les accompagnent mettent généralement fin à toute cette période de son évolution sexuelle. Cette fin de l'activité génitale infantile va de pair, dans les cas normaux, avec l'abandon des désirs inhérents au complexe d'Œdipe, abandon provoqué par la peur de subir une émasculatation, et que Freud a appelé le complexe de castration. Désormais le garçon entre dans la période de latence de la sexualité, qui ne s'éveille que des années plus tard à la puberté. Mais alors elle prendra son essor sur un plan nouveau adapté à la vie sexuelle adulte.

Si dans la grande majorité des cas, cette évolution se fait sans dommage pour l'évolution sexuelle future de l'individu, dans les cas pathologiques le complexe d'Œdipe et le complexe de castration peuvent être les points de départ de troubles névrotiques de la puissance virile. L'action pathogène de ces complexes peut se manifester dans trois directions :

1° L'abandon du complexe d'Œdipe ne s'effectue pas complètement, le sujet reste fixé aux situations affectives œdipiennes.

2° La peur de la castration ou de l'émasculatation peut laisser une telle empreinte sur le sujet, que toute manifestation génitale ultérieure en est perturbée.

3° La pulsion sexuelle peut se rabattre, « régresser », sur des phases de son évolution plus primitives et donner lieu au réveil de manifestations sexuelles pré-génitales tels que des désirs et des actes à caractère sado-masochiques, ou anals et excrémentiels.

Ces trois directions dans lesquelles s'exerce l'action pathogène du complexe de castration peuvent d'ailleurs se faire jour simultanément.

L'action pathogène du complexe de castration dépend de facteurs tant somatiques que psychiques. Les facteurs sont représentés par ce qu'on peut appeler la constitution sexuelle de l'individu, et plus particulièrement la constitution bi-sexuelle plus ou moins prononcée. Les facteurs psychologiques sont l'ensemble des influences s'exerçant sur l'enfant, telles que l'éducation, la situation affective de l'entourage, etc...

On voit alors de ces cas où la période de latence est troublée par des manifestations sexuelles à caractère nettement pervers, comme par exemple des excitations de la zone anale au moyen de l'introduction d'objets divers, accompagnées de rêveries dans lesquelles tiennent une place prépondérante des scènes de tortures, de fessées, de lavements, etc...

Ces cas donnent lieu ultérieurement à des troubles névrotiques de la puissance génitale, alliés ou non à des perversions sexuelles.

La sexualité pubère est caractérisée par la masturbation des organes génitaux et l'apparition des caractères sexuels secondaires.

Au point de vue psycho-sexuel, la psychanalyse permet de déceler l'influence et l'empreinte de la sexualité infantile sur celle de la puberté. Certes, dans la très grande majorité des cas les proportions ne sont plus du tout les mêmes. Au cours de la puberté le jeune homme atteint à la primauté des organes génitaux. Toutes les autres manifestations de la sexualité sont désormais subordonnées à la fonction génitale. Les manifestations extra-génitales de la sexualité se font jour tout au plus dans les préambules, les à-côtés de la vie génitale proprement dite. Cependant, l'intensité de la sexualité pubère est susceptible de réactiver les positions des points de fixation de la sexualité infantile; c'est ainsi que le complexe d'Œdipe peut être réveillé à nouveau et donner lieu alors à de nouveaux conflits et nécessiter une nouvelle liquidation cette fois plus conforme aux réalités de la sexualité adulte. Dans les conditions de la civilisation occidentale, au réveil de la sexualité pubère, s'opposent des forces morales qui donnent lieu à des luttes intérieures violentes dans lesquelles la psychanalyse permet de déceler à côté des forces éducatrices directes, des reflets du refoulement de la sexualité infantile. L'empreinte de cette dernière est particulièrement visible dans les formes particulières que prend la masturbation pubère. C'est ainsi que la violence du remords ou du sentiment de culpabilité qui accompagnent souvent la masturbation de l'adolescent, sont dues en grande partie au fait que la sexualité infantile refoulée y trouve une satisfaction déguisée.

Les recherches de la psychanalyse ont permis de découvrir un certain nombre de mécanismes psychologiques qui se trouvent à la base de la pathogénie des troubles de la puissance.

Ces mécanismes pathogènes sont en rapport étroit avec l'évolution individuelle de la sexualité infantile. Il convient tout d'abord de souligner que l'existence de la sexualité infantile n'est pas en elle-même pathogène. Elle est d'ailleurs destinée

à périr, à s'effacer devant la sexualité adulte, et cela, pour des raisons tant biologiques que sociales.

Au cours de son évolution, chaque phase, chaque position est éclipsée au profit de la suivante, dans un ordre que nous avons essayé de décrire schématiquement. On peut légitimement considérer que les manifestations sexuelles des phases précoces sont *refoulées* par les manifestations de la phase suivante. Cependant, aucune des phases n'est abandonnée totalement; il persiste sur divers points du parcours évolutif de la sexualité infantile des points de fixation dont l'intensité dépend, comme nous l'avons déjà dit, de facteurs somatiques et psychologiques, tant constitutionnels qu'accidentels.

De plus, il convient de se représenter que la libido, c'est-à-dire l'énergie psychique d'origine sexuelle, est une quantité variable selon l'individu, et dépendant de facteurs biologiques. L'ordre de grandeur de cette libido intervient dans la pathogénie des troubles génitaux : c'est ainsi que la faiblesse constitutionnelle de la libido peut favoriser l'éclosion de certaines perversions sexuelles et de l'impuissance. L'évolution de la sexualité infantile peut avoir une influence sur cet état de choses, en ce sens que ses points de fixation absorbent une certaine quantité de libido qui manquera à l'énergie génitale de l'adulte.

Cependant, les troubles névrotiques de la puissance par excellence s'édifient sur un mécanisme psychologique général que depuis Freud on appelle « conflit intra-psychique ». Cette notion paraît être le schéma principal des affections névrotiques. Il est évident qu'un conflit entre deux tendances psychologiques conscientes n'est jamais pathogène. Un conflit intra-psychique ne devient pathogène que lorsque l'une ou les deux forces en présence dans le conflit sont inconscientes. Ces conflits peuvent mettre en jeu, soit deux pulsions opposées paraissant incompatibles au sujet, telles que par exemple l'amour conscient et la haine inconsciente éprouvés envers la même personne. Ou bien encore, des conflits entre des pulsions, des tendances, des désirs auxquels s'opposent des forces d'ordre moral, conflits que l'on peut décrire aussi par l'opposition entre les forces du refoulement et des tendances refoulées. A ce point de vue le complexe de castration, c'est-à-dire l'ensemble des réactions affectives de crainte, de peur d'un châtiment suprême (mutilation des organes génitaux), pour des désirs prohibés, est un des mobiles essentiels du refoulement de pulsions sexuelles infantiles, par exemple celles dérivant du complexe d'Œdipe. Nous avons déjà décrit à propos de la sexualité infantile la notion de régression. Elle joue dans la conception psychanalytique un rôle pathogène de tout premier ordre. C'est ainsi que

lors de l'éclosion de troubles sexuels à l'âge adulte, le conflit pathogène est dû aux mécanismes de la régression. Des tendances génitales normales étant pour une raison quelconque insatisfaites ou réprimées, une régression de la libido peut se produire, c'est-à-dire que des désirs anciens, abandonnés, infantiles, peuvent être réactivés et donner lieu à un conflit entre des forces morales et des désirs, incompatibles avec la personnalité du sujet.

La psychanalyse met encore en valeur un mécanisme pathogène d'une importance considérable; les forces qui s'opposent dans un conflit intra-psychique entraînent avec elles un grand nombre d'autres forces affectives qui de ce fait se trouvent aussi en lutte les unes avec les autres. Ce déplacement du conflit primitif sur d'autres domaines du psychisme de l'individu explique un grand nombre de particularités des tableaux cliniques des troubles névrotiques de la puissance sexuelle de l'homme.

CHAPITRE III

DES TROUBLES DE L'ÉRECTION

Il existe un grand nombre d'hommes jouissant d'un bon équilibre psychique et physique auxquels il est arrivé dans certaines circonstances de se révéler impuissants. Ces petits échecs peuvent survenir à tout âge, mais ils sont, semble-t-il peu fréquents dans la jeunesse. On les attribue souvent à la fatigue, à la timidité, ou à une émotion. En effet, on observe ces petits échecs, souvent mais pas toujours, chez des hommes timides et émotifs; et lorsqu'il s'agit d'hommes qui « se frappent facilement » on peut observer que le souvenir même d'une défaillance précédente semble favoriser un nouvel échec. La bénignité de la plupart de ces petits troubles apparaît quand ces sujets rassurés ou calmés par un sédatif, reprennent une activité génitale normale.

Presque tous les cliniciens sont d'accord pour considérer ces états comme purement psychogènes. Et l'exemple qu'on en donne généralement c'est l'action inhibitrice de l'émotion.

Sans nier la légitimité de cette pathogénie, la psychanalyse pousse ses recherches plus loin. Elle se donne pour tâche de préciser le tableau clinique de ces petits troubles en recherchant dans quelles circonstances précises s'est produite la défaillance, vis-à-vis de quelle partenaire, dans quelle condition psychologique, etc... D'autre part la notion d'émotion tout court ne la satisfait pas, étant donné que des rapports sexuels parfaitement réussis, sont accompagnés ou précédés d'émotions les plus vives. Le psychanalyste recherche donc de quelle nature psychologique était l'émotion susceptible de provoquer une défaillance. Une petite observation de Freud qui ne fut jamais publiée et que je dois à l'obligeance du Docteur H. Sachs de Boston d'avoir pu lire, résume avec une clarté particulière le point de vue clinique qu'adopte la psychanalyse, vis-à-vis de ces défaillances accidentelles, comme des troubles plus sérieux de la puissance génitale.

Freud a été consulté un jour par un homme encore jeune qui vint lui demander son avis à propos d'un échec de sa puis-

sance subi dans des circonstances particulièrement sérieuses pour l'intéressé. C'était la première fois qu'un fait semblable lui arrivait, il avait été jusqu'à ce jour parfaitement normal dans sa vie sexuelle. Les circonstances particulières dans lesquelles s'était produit cet échec sont les suivantes : ce patient était amoureux d'une femme qui depuis des mois ne se décidait ni à l'épouser, ni à se donner à lui, hésitante qu'elle était dans son choix, entre le patient et un collègue de celui-ci. Après de patientes insistances, elle se décida enfin à devenir sa maîtresse, et c'est lorsqu'il voulut la prendre pour la première fois qu'il se révéla impuissant. On imagine aisément le désespoir de cet homme.

L'avis de Freud fut celui-ci : « Votre verge, dit-il à son patient à la fin de la consultation, était plus intelligente que vous-même. »

Cette boutade qui, nous en sommes sûrs, a dû faire beaucoup de bien au patient, renferme dans sa forme plaisante et brève, une bonne partie des connaissances que la psychanalyse a mises au jour au sujet des troubles de la puissance virile. Il existe en effet chez les hommes atteints d'impuissance occasionnelle, à côté d'états de fatigue accidentels possibles, une sorte de volonté inconsciente, contrecarrant le désir conscient. C'est cette volonté inconsciente, ce refus intérieur, qui se traduit par l'inhibition brusque de l'automatisme génital. On peut d'ailleurs en déduire que les centres nerveux inférieurs provoquant l'inhibition de l'automatisme se trouvent plus directement régis par des tendances inconscientes que par le psychisme conscient.

Les raisons qui ont provoqué chez ce patient de Freud ce refus inconscient, nous ne pouvons que les supposer. D'autres cas analogues que nous avons pu observer permettent cependant de supposer que la longue hésitation de la jeune femme, l'attente et l'humiliation qu'elle fit subir à l'homme amoureux, finirent par provoquer chez ce dernier une déception, peut-être même une rancune, causes de son refus inconscient au moment décisif à accomplir l'acte sexuel.

Un cas observé par nous, pendant quelque temps, permet de voir un peu plus clairement l'enchaînement souvent assez compliqué de ces mécanismes psychologiques inhibiteurs.

OBSERVATION N...

M. N..., vingt-cinq ans, étudiant, nous demande notre avis sur son cas.

Quelques jours auparavant, il eut une défaillance complète de sa puissance, lors de sa première tentative de rapports avec une jeune

femme à laquelle il tenait beaucoup. Interrogé par nous, il affirme avoir fait preuve, jusqu'à ce jour, d'une puissance virile normale au cours de sa vie sexuelle, dans ses liaisons et ses aventures, à l'exception d'une autre défaillance, quelques années auparavant. En précisant davantage les circonstances de sa récente défaillance, nous apprenons qu'il était tombé amoureux de cette jeune femme quelques mois auparavant. Il la voyait souvent, et il s'aperçut, en lui faisant la cour, qu'elle était éperdument amoureuse d'un autre homme, beaucoup plus âgé, écrivain de renom, et qui ne lui portait guère d'attention. N... se trouvait, depuis un certain temps, assez gêné pécuniairement. Songeant à son avenir, N... s'était mis à travailler très sérieusement et vivait depuis quelques mois dans une chasteté presque complète. Cette femme, jeune, très belle, et brillante, se trouvait, à l'époque, dans la gêne. Malgré son indifférence, N... lui témoigna un grand dévouement matériel, tout désintéressé d'ailleurs. Son amour, nous dit-il, était devenu un amour donquichottesque, un amour d'adolescent. Devenu d'une jalousie féroce, il se complaisait, vis-à-vis de cette femme, dans une sorte de délectation morose. La jeune femme s'est donnée à lui la veille du jour où elle devait quitter Paris, après avoir une fois de plus puisé dans sa maigre bourse. Il se révéla complètement impuissant. Cette défaillance, ajoute-t-il, tout en lui étant extrêmement pénible, ne le surprit pas outre mesure, car le dernier jour, en allant au rendez-vous fixé, il ne sentit plus aucun désir pour elle. Il se donna pour raison qu'il avait eu l'impression qu'elle se donnait pour s'acquitter de sa dette, comme aussi par pitié, ce en quoi il ne se trompait certainement pas.

L'inhibition de N... s'éclaire d'un jour nouveau, lorsqu'on sait que sa défaillance, quelques années auparavant, s'était produite dans des circonstances presque exactement semblables. Il était alors tombé amoureux d'une femme qui s'était refusée à lui pendant longtemps, qu'il supposait être, à juste titre probablement, la maîtresse d'un de ses amis plus âgé. Ajoutons encore qu'il ne s'était pas aperçu de la similitude des deux événements, similitude qui le frappa énormément lorsque nous l'eûmes soulignée.

Cette situation psychologique, d'être amoureux d'une femme qui lui préférerait un homme plus âgé, lui rappela un certain nombre de souvenirs d'enfance. Il avait été élevé avec un sien cousin, de quelques années son aîné, pour lequel il avait nourri une grande admiration. Or, N... avait été amoureux, à plusieurs reprises, dans son enfance, de petites jeunes filles, ses aînées de peu, qui, toutes, comme il s'en rend brusquement compte, étaient les flirts de son cousin. Il en résultait pour N... des souffrances morales, des sentiments d'infériorité et de jalousie, une délectation morose; bref, exactement l'état d'âme dans lequel il s'est trouvé vis-à-vis des deux femmes avec lesquelles il eut ces défaillances.

Il s'agissait évidemment, chez N..., du « complexe » datant de son enfance : être le rival d'un homme plus âgé, plus fort, être éperdument amoureux de fillettes ou de femmes qui préfèrent ce rival, et être incapable, être « impuissant » de le vaincre. Cette impuissance de vaincre certains rivaux, surtout lorsqu'ils étaient plus âgés que lui, se faisait jour aussi dans d'autres domaines : celui des sports, par exemple, ou bien dans ses études. L'émulation le poussait à travailler, à lutter, et, au dernier moment, il y avait souvent en lui une sorte de fléchissement qui le forçait de laisser la première place à son rival.

Les deux inhibitions génitales de N... proviennent d'un refus inconscient, d'une « interdiction » de toucher à une femme qui, par la situation psychologique, appartient à un homme remplaçant son cousin. Son complexe lui fait répéter inconsciemment la situation psychologique

oubliée avec son cousin. Notons que ces amours juvéniles ne furent jamais oubliées par lui, mais ce dont il ne se souvenait plus du tout avant son analyse, c'est que leurs objets avaient été les flirts de son cousin et son oubli s'étendait aussi sur ses sentiments de jalousie à l'égard de celui-ci.

L'interdiction de posséder « la femme du cousin » n'était pas la seule raison de ses deux échecs. Il existait chez lui, à l'égard des femmes aimées et qui se refusaient à lui, un sentiment de rancune et un désir de vengeance qui, pour n'avoir pas été conscient au moment même, n'en était pas moins actif, et lui devint entièrement conscient au cours de sa psychanalyse. Les défaillances avaient ainsi réalisé une sorte de vengeance à l'égard des femmes qui l'avaient humilié en lui préférant d'autres hommes.

Le « complexe du cousin » ne tenait une place dans la vie de N... que depuis l'âge de six ou sept ans. Mais son analyse a permis de découvrir chez lui que, bien avant cette époque déjà, il existait chez lui un complexe, celui-là vis-à-vis de ses parents, où rivalité, peur du rival et admiration pour lui, avaient tenu une place prépondérante. Cette situation affective représentant son « complexe d'Œdipe », dont le complexe du cousin n'était qu'une seconde édition, mais, il est vrai, particulièrement virulente.

La défaillance de l'érection, à la suite d'une longue attente due, soit au refus, soit aux hésitations de la femme désirée, pourrait être attribuée à une sorte de réflexe conditionnel qui se serait formé au cours de cette attente. Toujours est-il, et ceci est à notre avis un point essentiel, les hommes qui présentent un échec de leur puissance virile à la suite d'une longue attente, sont, ou bien ceux chez lesquels l'amour se double facilement d'une rancune violente contre la femme aimée, rancune inconsciente, ou bien ceux chez lesquels le refus de la femme réveille un mécanisme d'interdiction inconsciente préformé au cours de l'évolution de leur sexualité. L'on voit ainsi des hommes présenter des signes d'émotion, tels que des battements de cœur, des tremblements des membres à l'approche de la tentative du coït se terminant par une impuissance. Il saute aux yeux que cette émotion qui les envahit est de la peur, de l'angoisse.

On ne peut comprendre les impuissances accidentelles et à plus forte raison les troubles habituels de la puissance qu'en s'efforçant d'en avoir un tableau clinique complet et précis, c'est-à-dire en ne se contentant pas de la description de l'état actuel du psychisme du sujet, mais en remontant son évolution sexuelle en considérant le trouble actuel comme l'aboutissant de cette évolution.

De façon générale, les troubles de la puissance accidentels, se produisent dans des situations psychologiques « complexes », c'est-à-dire celles qui provoquent une réaction inhibitrice d'un complexe affectif inconscient.

En effet sans avoir recours à la recherche psychanalytique permettant de connaître l'évolution de la sexualité infantile,

même en ayant recours seulement à l'interrogatoire clinique habituel, l'on peut explorer l'évolution de la fonction génitale au cours de la puberté, en partie accessible au souvenir conscient, et en constater les liens avec les troubles ultérieurs de la puissance. Il suffit de songer aux luttes intérieures, aux conflits intra-psychiques violents auxquels donne lieu la masturbation de la puberté, pourtant générale, et l'on pourrait dire normale, aux sentiments de honte et de remords, aux craintes souvent absurdes qui en résultent, et qui ne sont pas étrangères à des inhibitions ultérieures.

Les malades eux-mêmes, attribuent très souvent ces troubles de leur puissance à la masturbation en lui prêtant une action néfaste pour leur virilité.

Etant donné la généralité de la masturbation de la puberté, il est évident qu'on ne peut attribuer à elle seule une action pathogène dans certains cas seulement. Le problème de la nocivité de la masturbation se complique du fait que la masturbation n'est cliniquement ni psychologiquement une entité homogène. Au moment de la puberté, elle est presque inévitablement déterminée par la discordance entre la maturité physiologique et anatomique des organes génitaux, et l'évolution morale de l'adolescent auquel une satisfaction sexuelle adéquate est interdite. De plus la masturbation de la puberté est jusqu'à un certain point la continuation de celle de l'enfance, et comme cette dernière, elle est la fonction exécutrice des désirs et de tendances les plus divers. C'est pourquoi l'étude des modalités des actes masturbatoires chez un individu, et des phantasmes qui l'accompagnent, des conditions dans lesquelles elle se produit, permet seule de juger de la valeur pathogène de la masturbation dans chaque cas. Freud pense que les névrosés, qui imputent leurs troubles à la masturbation ont jusqu'à un certain point raison, en ce sens qu'à travers la masturbation ils accusent leur sexualité infantile, à laquelle la psychanalyse aussi attribue un rôle de tout premier plan dans la pathogénie des névroses.

On peut supposer que la nocivité de la masturbation soit due à la facilité avec laquelle le sujet peut trouver des satisfactions imaginaires qui le maintiendraient dans un état d'auto-érotisme et de narcissisme, qui rendraient l'homme peu apte à conquérir la femme dans la réalité, inapte aussi à supporter les déceptions éventuelles et les difficultés de la vie sexuelle objective réelle.

De toute façon, contrairement à l'avis de la plupart des malades, la grande majorité des auteurs s'accordent à dire que la masturbation n'a aucune action nocive de caractère somatique ou organique, sauf peut-être dans des cas tout à fait exceptionnels.

Il semble que le problème doive être posé d'une autre façon. Il faudrait à notre avis, se demander pourquoi dans certains cas la masturbation donne lieu à des luttes intérieures, telles que les remords qui en découlent puissent être considérés comme plus déprimants que l'acte masturbatoire en soi. D'autre part, on pourrait se demander pourquoi la masturbation, chez certains hommes, prend ces formes obsédantes dont ils ne peuvent se défaire malgré des rapports sexuels apparemment normaux, c'est-à-dire qu'il conviendrait à notre avis de distinguer entre la masturbation accidentelle ayant le caractère de « pis-aller », et la masturbation pathologique, obsédante et impulsive, plus satisfaisante pour certains hommes que les rapports normaux.

Or, à notre avis, ces derniers cas de masturbation ne sont pas cause de troubles névrotiques, mais en sont la conséquence, symptôme d'un trouble névrotique de la fonction génitale.

Lorsque la masturbation n'est qu'un pis-aller, elle est facilement remplacée par des rapports sexuels normaux sur lesquels cette masturbation n'a d'ailleurs aucune influence préjudiciable. Mais lorsque la masturbation est persistante, elle satisfait habituellement des tendances perverses et des désirs provenant de points de fixation de la sexualité infantile. Et, cet état de choses explique l'intensité du remords qui l'accompagne, la lutte contre la masturbation, qui peuvent aboutir à une inhibition presque totale des énergies sexuelles de l'homme, non sans provoquer par contre-coup des troubles névrotiques pertinents.

La lutte contre la masturbation n'est qu'un reflet de forces du refoulement dirigé contre les désirs sexuels; elles peuvent créer ainsi non seulement des défaillances accidentelles, mais une inhibition de l'automatisme génital lors de toute tentative de rapports. Dans le cas de N... les défaillances se produisirent vis-à-vis de femmes « interdites » par l'action du complexe d'Œdipe. Il est des hommes pour lesquels toutes les femmes sont interdites, « tabou », c'est-à-dire intouchables. Chez ceux-là, le mécanisme inhibiteur se produira vis-à-vis de toute femme. Ce sont alors ces cas qu'on appelle communément des impuissants et que nous pouvons désigner comme étant ceux atteints d'une inhibition généralisée.

Entre les inhibés accidentels et les inhibés généralisés il existe toute la gamme de ceux que nous appellerons les inhibés génitaux partiels ou électifs.

Si nous nous remémorons le cas de N....., nous pouvons dire que ses inhibitions accidentelles étaient au fond électives; elles s'étaient produites vis-à-vis ds femmes qui avaient le prestige pour lui, d'être belles, courtisées par d'autres hommes, et, point

essentiel, l'ayant repoussé, et aimant un autre homme plus âgé que lui-même. Or ce qui était pathologique chez N....., c'était de rester fixé amoureuxment à ces femmes inaccessibles pour lui, fixé sur ce mode très particulier, mélancolique morose et jaloux, et masochique ajoutons-nous. De même, dans son enfance se sentait-il attiré précisément par des petites filles flirtant avec son cousin, les aimant aussi sans espoir, et négligeant en somme toutes celles qui auraient pu répondre à ses sentiments. Or, imaginons un instant que la fixation de N..... à son complexe d'Œdipe eût été plus intense, il aurait au cours de sa vie d'adulte, recherché toujours ces mêmes situations amoureuses avec ses mêmes conséquences inhibitrices. Heureusement pour N..... les circonstances de sa vie lui ont permis de rechercher et de trouver des situations amoureuses plus normales, ce qui lui a permis de n'essayer que accidentellement des échecs génitaux.

Chez N..... le tabou, l'interdiction de la femme était lié à un ensemble de pensées et d'états affectifs que l'on pourrait traduire de la façon suivante : « Cette femme ne m'aime pas, elle me méprise puisque un autre homme lui plaît, qui m'est infiniment supérieur, je n'ai pas le droit d'y toucher, je ne le veux même pas puisque je lui en veux de me préférer un autre. »

Chez beaucoup d'hommes atteints d'inhibitions génitales, le complexe inhibiteur peut être traduit d'une autre manière : « Désirer, posséder une femme, faire cela avec une femme, c'est une chose tellement honteuse, tellement épouvantable et dangereuse, que j'en suis incapable. » Ce sont ceux chez lesquels les premiers désirs sexuels de l'enfance se sont heurtés à des refus, à des interdictions, à des menaces de telle sorte que tout désir restera lié désormais indissolublement à un mouvement de honte, de remords et d'angoisse. Et comme ces désirs infantiles ont souvent un caractère incestueux et que l'interdiction porte surtout sur ceux-là, tout désir ultérieur sera inhibé comme s'il s'agissait d'un inceste.

Certes, cette généralisation de l'inhibition est relativement rare, la plupart des troubles de la puissance génitale ne sont en effet que des inhibitions partielles ou électives.

Il va de soi que lorsque on se trouve en présence d'hommes atteints de troubles de la puissance et que l'on veuille, au cours d'un interrogatoire clinique, les questionner sur les causes lointaines de leurs inhibitions, ils sont incapables de bonne foi de retrouver les moindre événement traumatisant dans leur enfance. Au lieu de cela ils affirment souvent que c'est le souvenir des échecs précédents qui les obsède et que c'est la terreur de voir se reproduire une nouvelle défaillance qui ne fait que la provoquer. Ce mécanisme d'auto-suggestion patho-

gène que d'aucuns considèrent comme la cause même d'inhibitions génitales, joue certainement un certain rôle, mais de beaucoup moins important à notre avis, qu'il ne le semble au premier abord. D'abord il existe beaucoup de cas où une défaillance se produit sans que le sujet ait été auparavant hanté par le souvenir d'un échec précédent, dans d'autres cas encore la crainte d'un échec semble réellement provoquer une inhibition génitale. Ce phénomène n'est évidemment pas expliqué entièrement par l'auto-suggestion, car on peut et il faut se demander pourquoi les préparatifs ou l'attente même de ce coït sont-ils accompagnés de cette crainte de se révéler impuissant en présence de la femme. Or certains cas semblent pouvoir expliquer cet état de choses. Il arrive que lorsqu'un homme, brusquement frappé d'inhibition génitale en présence d'une femme, si cette dernière, au lieu de se moquer ou de se vexer, fait preuve d'affection ou de gentillesse et lui déclare par exemple que cette chose n'a aucune importance et arrive de temps en temps, que l'inhibition disparaît, et l'homme fait preuve alors d'une puissance normale. On sait par contre combien des paroles blessantes dans ce genre de situation peuvent avoir de répercussions paralysantes pour l'homme. Il existe aussi des cas où l'homme craignant un échec a le courage d'avouer à l'avance sa timidité ou sa crainte. Habituellement dans ces cas, lorsqu'il ne s'agit pas d'inhibitions par trop fortes, l'appréhension disparaît et aucune défaillance ne se produit.

Il résulte de ceci que la crainte de la défaillance est le signe d'une tendance inhibitrice inconsciente. C'est pourquoi, au cours d'un traitement psychanalytique, l'appréhension disparaît malgré des échecs précédents dont le souvenir n'a plus alors aucun pouvoir autosuggestif.

Les cas que nous venons de citer de l'importance qu'a pour beaucoup d'hommes l'appréciation par la femme de leurs capacités viriles, montrent l'importance de l'amour-propre viril, du « narcissisme viril » pour employer le terme psychanalytique dans les troubles de la puissance.

En effet on trouve chez la plupart des hommes atteints d'inhibition génitale, des préoccupations au sujet de leur virilité, par exemple au sujet de la force ou du volume de leurs organes, préoccupations qui débutent très tôt dans la vie, et en tout cas bien avant toute tentative de coït à l'âge adulte. Lorsqu'on psychanalyse ces sujets, on découvre peu à peu qu'ils craignent de montrer leurs organes à une femme au moment du coït. Derrière la crainte de n'avoir pas d'érection et d'être ainsi ridicule aux yeux de la femme, la psychanalyse permet de déceler d'autres craintes plus ou moins latentes, dont les deux suivantes nous paraissent particulièrement fréquentes : la

crainte que la femme ne devine d'après leur verge, des masturbations anciennes, et l'appréhension d'avoir des organes trop petits aux yeux de la femme en comparaison de ceux d'autres hommes. Lorsque ces inhibés génitaux envisagent un mariage futur et la perspective d'une défloration, ils craignent que leur verge ne soit trop petite ou trop faible pour y réussir.

La crainte d'avoir des organes trop petits, et le sentiment d'infériorité pénible qui s'y rattache, se déplace et se répand chez ces sujets sur toutes sortes d'activités, comportant une exhibition de faculté ou d'activité considérées comme viriles, comme par exemple de parler en public ou de pratiquer des sports en public.

Chez certains cette inhibition va si loin qu'ils sont incapables d'uriner en présence de quelqu'un. Parfois un sentiment d'infériorité se rattache paradoxalement à la honte d'avoir des organes trop grands. La crainte ou la honte d'avoir des organes plus petits que ceux d'autres hommes conduit certains à de véritables idées obsédantes ayant pour contenu de continuelles curiosités d'organes d'autres hommes, de perpétuelles comparaisons tournant naturellement au désavantage du sujet même. Cet état psychologique marque souvent tout le comportement et tout le caractère d'un homme.

La conviction d'avoir des organes trop petits, dérive généralement de situations aux cours desquelles l'adolescent ou l'enfant a l'occasion de comparer sa verge à celles de camarades ou de frères plus âgés et surtout à celles des adultes et plus particulièrement de leur propre père.

Des analyses poussées suffisamment loin permettent de découvrir quelle action vraiment traumatisante a parfois pour un garçon la vue des organes de son père lui apparaissant demesurément grands; le sentiment de sa propre petitesse et de sa propre infériorité ne s'efface même pas au regard de l'enfant devenu adulte dont les organes ont atteint objectivement des dimensions normales.

La honte de la masturbation qu'ils rendent responsable de tant de prétendus méfaits, s'ajoute très souvent à celle du volume des organes et renforce le sentiment d'infériorité qui s'y rattache.

Le remords attaché à la masturbation et la terreur qu'elle puisse être découverte, ont une action sur la puissance génitale de même que sur le comportement érotique et sur tout le caractère du sujet.

Le remords et la honte attachés à l'activité masturbatoire sont toujours provoqués par le souvenir plus ou moins conscient de paroles d'adultes condamnant ces actes dans l'enfance ou dans la puberté, de châtiments ou de punitions infligés

aux garçons surpris en train de « se toucher ». C'est le fait d'être surpris et châtié pour sa masturbation qui peut inhiber plus tard chez l'homme l'activité génitale, la masturbation étant souvent pour l'inconscient du garçon et de l'homme, même normaux, le prototype de l'activité sexuelle.

La façon dont le garçon a réagi aux menaces et aux punitions visant sa masturbation se reflète dans le comportement sexuel et érotique ultérieur de l'homme.

Chez un grand nombre d'inhibés génitaux, la psychanalyse permet de déceler la présence de mécanismes inhibiteurs provoqués par l'aversion, le dégoût ou la crainte, voire même l'horreur qu'ont ces hommes des organes génitaux de la femme s'étendant même parfois au corps entier de la femme dévêtue. Sans être des fétichistes du vêtement féminin, ces inhibés génitaux sont impuissants avec des femmes dévêtues.

L'horreur des organes génitaux de la femme est souvent consciente aux inhibés génitaux. Il est rare cependant, que même là où elle est consciente on puisse en mesurer l'intensité ou l'étendue sans une psychanalyse approfondie. Chez certains hommes cette aversion se rattache aux poils pubiens, chez d'autres aux muqueuses de la vulve, chez d'autres encore à la proximité de l'urèthre et de l'anus, ce qui fait que la vulve et le vagin leur paraissent comme sales et répugnants, voire dangereux. Certains hommes ne disent-ils pas que : « la salle des fêtes est trop près des w.-c. ». Les règles de la femme contribuent à faire naître l'idée d'une plaie sanguinolente. Chez certains, l'horreur inconsciente des organes de la femme se traduit par une persistante ignorance de leur conformation et par le fait que ces hommes n'osent jamais les regarder, malgré de nombreuses expériences amoureuses. (Nous avons observé dans deux cas que ces hommes cherchaient le vagin dans la région de la verge, c'est-à-dire dans la région pubienne.)

Ces inhibés génitaux pour lesquels les coïts sont, sinon impossibles, du moins laborieux et peu satisfaisants, ont fréquemment des rêves de femmes munies de verges, rêves au cours desquels ils éprouvent des excitations et des satisfactions extrêmement intenses.

L'étude approfondie de ces cas permet de constater que ces hommes ne peuvent au fond se résigner à admettre l'existence d'organes génitaux différents des leurs.

Nous avons vu plus haut que tous les garçons, pendant une période de leur évolution, la phase phallique, croient à l'existence des mêmes organes, organes masculins chez tous les êtres humains, et l'image de la femme phallique, certains hommes essaient de la réaliser par des artifices pervers qu'ils demandent aux professionnelles.

Ces inhibés génitaux qui ne peuvent se réconcilier avec l'anatomie féminine, laissent habituellement voir au cours d'une psychanalyse, des tendances homosexuelles latentes d'une intensité considérable. Ce sont là des hommes qui restent très fortement fixés au souvenir de jeux sexuels avec des garçons, si fréquents dans l'enfance et dans l'adolescence. Il est difficile de dire dans quelle mesure cet attachement homosexuel est dû à l'attrait de l'homme ou du garçon même, ou bien à la présence d'une verge chez un être humain. Toujours est-il que le désir de trouver une verge chez la femme donne lieu parfois à des fantasmes dans lesquels certains hommes s'imaginent pouvoir trouver des partenaires dont la vulve serait saillante pour former une sorte de très grosse verge munie d'une ouverture leur permettant d'y introduire leur propre pénis.

« L'horreur sacrée » du vagin est souvent doublée d'une « terreur panique » en sa présence, comme le disait le malade « M... ». A certains hommes en effet, les organes de la femme paraissent non seulement dégoûtants et mystérieux, mais aussi éminemment dangereux. Ces hommes se rappellent des scènes qu'ils ont vues ou dont ils ont entendu parler, et dans lesquelles des hommes ou même des chiens n'ont pu retirer leur verge d'un vagin; et ils imaginent alors que pareil événement puisse leur arriver s'ils ont des rapports, et qu'une mutilation de leurs organes puisse en être la conséquence. Dans d'autres cas encore, le « danger du coït » est lié au fantasme du « vagin denté » qui serait capable de « mordre » ou « de ne plus laisser retirer la verge » qui s'y serait introduite. Voici le rêve d'un jeune étudiant relativement normal, joli exemple de ce fantasme et du rôle qu'il joue :

RÊVE

« Je suis assis à côté d'une femme, dans une voiture. Je ne vois pas sa tête, mais j'essaye de lui lever les jupes. A ce moment, je vois ses organes, la vulve béante et munie de grosses dents jaunâtres, largement distantes l'une de l'autre. » Je me réveille dans un état d'angoisse.

Voici les renseignements et associations que le rêveur a bien voulu nous fournir, et qui expliquent le sens de ce rêve :

La scène en voiture lui rappelle une aventure qu'il eut quelques jours auparavant, en ramenant une jeune femme en taxi. Il eut, en effet, des rapports avec elle dans ce taxi, et qui débutèrent comme dans le rêve. Le rêve eut lieu l'avant-veille du soir où il savait pouvoir reprendre cette même femme en la ramenant chez elle. Mais son désir était, au fond, contrarié par la crainte de s'aventurer trop loin avec elle, et surtout de

contracter une maladie. Ainsi l'image du « vagin denté » exprime son manque d'envie de poursuivre l'aventure, ainsi que la crainte des organes de cette femme. Mais cette appréhension ne suffit évidemment pas, à elle seule, à expliquer l'image du vagin denté. L'appréhension du rêveur met en marche d'autres craintes, plus anciennes et se rattachant précisément aux organes féminins. L'image du « vagin denté » du rêve lui rappelle immédiatement les gueules d'hippopotames munies de dents jaunâtres et espacées, qui lui faisaient toujours peur. Il se demandait toujours, tout en sachant que les hippopotames sont herbivores, comment les hommes n'avaient pas peur d'être mordus par ces énormes bêtes.

D'autre part, le « vagin denté » du rêve lui rappelle un souvenir qui lui est assez pénible et qui remonte à quelques années auparavant.

A l'âge de dix-sept ans, il eut des rapports avec une domestique de la pension de famille qu'il habitait. Cette domestique avait précisément des dents assez espacées et jaunâtres, et une canine lui manquait; ceci augmentait encore l'impression de distance entre les dents, de « trou » béant qui lui était désagréable à voir. Or, un jour, cette domestique vint lui annoncer qu'elle était enceinte, et qu'il devait l'aider à provoquer une fausse couche. A cet effet, elle vint la nuit dans sa chambre et procéda à une injection intra-utérine, opération au cours de laquelle il l'aïda à introduire la canule. Il en fut profondément dégoûté et effrayé, et fut incapable d'avoir, dans la suite, des rapports avec cette femme. Or, la couleur rose pâle des muqueuses des organes, au cours de l'opération, était, d'après le rêveur, exactement celle du vagin denté de son rêve. L'aspect des organes l'avait d'ailleurs non seulement dégoûté, mais aussi complètement dérouté. Il ne « s'y reconnaissait pas », disait-il. C'était d'ailleurs la première fois qu'il voyait de près des organes de femme, mais, au lieu d'en tirer parti, il conserva de cette région du corps féminin une plus grande ignorance encore que celle dont il faisait preuve auparavant. Et cette méconnaissance, inconsciemment intentionnelle, ne disparut chez lui que plus tard et assez difficilement.

Les sources infantiles du rêve et de l'appréhension des organes féminins ne furent retrouvés chez cet analysé que plus tard et tout à fait indépendamment de l'analyse du rêve que nous venons de citer. Ces souvenirs infantiles se rattachent à la vue des organes de sa mère et d'une domestique, à l'âge de trois ans, scènes dont le souvenir avait été oublié jusqu'à la psychanalyse et qui contribuèrent à créer chez le petit garçon l'idée d'un grand danger se rattachant à l'activité sexuelle. Ce danger trouvait son expression dans des phobies de son enfance : être mordu ou avoir la verge mordue, soit par un animal, soit par son père ou sa mère. Chez notre rêveur, les sentiments actuels de désir et de crainte de la femme et de ses organes (crainte de contracter une maladie vénérienne) s'enchaînent, réveillent des souvenirs d'expériences sexuelles pénibles (l'aventure avec la domestique et la provocation de la fausse couche) et des souvenirs de désirs sexuels et d'appréhensions plus anciennes encore, d'animaux (hippopotames) ou de la femme même, pouvant mordre ou mutiler la verge en guise de châtiment.

Le dégoût et la crainte des organes génitaux féminins sont dans bien d'autres cas encore fréquemment camouflés et rationalisés par des appréhensions ayant une apparence beaucoup plus légitime; celle de contracter des maladies vénériennes et celle de tomber entre les griffes d'une femme, d'être exploité et ruiné, compromis par elle.

Derrière ces appréhensions se dissimule la crainte du vagin

et de la mutilation de la verge. C'est lorsque ces craintes inconscientes sous-tendent ces appréhensions légitimes en elles-mêmes, que ces dernières prennent des proportions si grandes qu'elles paraissent causer réellement des inhibitions génitales ou bien une diminution permanente de la puissance virile.

La terreur du vagin, et son corollaire le fantasme de la femme phallique que tant de semi-impuissants essaient de réaliser par des simulacres créés par des professionnelles, sont une des conséquences de ce que Freud a appelé le « complexe de castration ». Freud pense que pour le petit garçon ou pour l'adolescent, la vue des organes féminins peut donner comme une preuve purement imaginative de la réalité du danger de la castration, et le fréquent mépris des petits garçons pour les petites filles qui est dû manifestement à l'absence de verge chez ces dernières exprimerait le mépris des êtres en quelque sorte châtrés.

Nous avons déjà parlé plus haut du complexe de castration. Ajoutons ici que cette peur inconsciente est en effet à la base de la presque totalité des mécanismes inhibiteurs de la puissance génitale. Si dans la crainte de pénétrer le vagin, le danger de mutilation vient de la femme elle-même, un grand nombre d'inhibés génitaux craignent que ce châtiment ne leur soit infligé par des hommes, (en conformité avec le complexe d'Œdipe qui donne naissance à la peur de la castration), lesquels sont des rivaux plus ou moins réels, soit des frères ou père des femmes convoitées, soit d'autres hommes de la « lignée paternelle », tels que patrons supérieurs, etc.

Il nous paraît intéressant de citer ici un cas traité et guéri par la psychanalyse, publié par MM. Vinchon et Nacht, où l'on voit très clairement le rôle inhibiteur joué par les complexes d'Œdipe et de castration ¹.

Pierre, le patient, à une époque où l'analyse était déjà assez avancée, arrive à retrouver le souvenir de ses élans sensuels envers sa mère.

Nous devons citer ici textuellement ces souvenirs, parce que très importants par un certain détail, comme nous le verrons.

Pierre, en effet, nous dit un jour :

« Je ne sais pas si c'est un souvenir exact ou une fantaisie (?) d'enfance, mais j'ai l'impression que j'ai comme un élan « sensuel » pour ma mère, et, chose curieuse, à ce moment-là apparaît un écran entre elle et moi. »

Nous trouvons là le deuxième obstacle, la deuxième défense qui l'empêche d'approcher la mère, la première défense étant due au sentiment de culpabilité — comme nous l'avons vu — car, pour l'approcher,

1. Vinchon et Nacht. Considérations sur la cure psychanalytique d'une névrose homo-sexuelle. Rev. franç. de Ps. A. G. Doin, Edit. Paris 1931.

il fallait supprimer le père. L'écran constitue donc le deuxième obstacle. Mais que veut dire, au fond, cet écran?

Poursuivons l'analyse. Une dizaine de séances après que Pierre nous eût parlé pour la première fois de cet écran, il nous fit part de la fantaisie suivante :

« Je ne puis pas imaginer Mme X... — à qui il commençait à faire la cour — (c'était la première fois que pareille chose lui arrivait) en train de faire l'amour avec moi; il y a quelque chose qui m'en empêche, il y a quelque chose entre nous, comme un écran. »

Nous lui fîmes la remarque qu'il s'agissait peut-être du même écran qui apparaissait entre sa mère et lui dans le souvenir précédent.

Et Pierre de s'exclamer : « Mais alors, j'agis avec toutes les femmes comme avec ma mère? » Enfin, quelque temps après, Pierre rapporta une fantaisie très importante, car elle nous livra la clé du mystérieux écran. La voici : « Je me représente prêt à me livrer à un coït avec Mme X..., lorsque le fameux écran tombe entre elle et moi, et il tombe si vite qu'il me couperait la verge! » Nous comprenons maintenant ce que signifie cet écran : il représente la menace de la castration. C'est la deuxième défense de la femme (de la sexualité) : la crainte de la castration. Les choses se passent comme si les rapports sexuels avec une femme devaient entraîner la castration. Maintenant nous comprenons pourquoi, lorsque Pierre pensait « sensuellement » à sa mère, l'écran apparaissait entre elle et lui.

Ainsi Pierre a pu reprendre conscience, au cours de l'analyse, de deux phases habituelles et particulièrement pénibles du complexe d'Œdipe :

Désir de supprimer le père (culpabilité), et menace de se voir châtré s'il veut s'emparer de la mère.

Ces inhibés génitaux créent dans leur imagination des rivaux redoutables là où ils n'existent pas et sont d'autant plus terrifiés et inhibés par ceux existants réellement.

Le complexe de castration prend très souvent une forme plus voilée, et l'interdiction de posséder une femme prend alors pour ainsi dire un caractère moral. Il suffit de penser au très grand nombre d'hommes pour lesquels l'acte sexuel est un péché et chez lesquels la crainte du châtiment divin est si forte qu'elle les inhibe plus ou moins complètement dans leurs réalisations amoureuses. Pour d'autres, l'acte sexuel est si dégoûtant qu'ils n'osent le proposer ou l'infliger à la femme aimée. Certains hommes mettent en pratique l'interdiction de posséder une femme en se privant de la possibilité de les posséder. Ceux-là ne désirent que des femmes inaccessibles, par lesquelles ils n'auront jamais aucune chance d'être aimé, ou bien encore, et ceci est peut-être plus fréquent, ils rendent inaccessible la femme désirée par un comportement approprié. Et si par aventure cette femme vient au-devant de leurs désirs, ils la fuient ou cessent de l'aimer, ou s'arrangent pour échouer.

Depuis les travaux de Freud, Reik et Alexander, sur ces cas de masochisme moral et de Codet, Laforgue et Hesnard, sur ces névroses d'échec, l'on sait que chez un grand nombre

d'hommes, les échecs génitaux sont doublés d'autres échecs dans le comportement social.

Chez certains inhibés génitaux (voir le cas M...), toute femme peut être la sœur ou la fille de quelqu'un et tombe de ce fait sous le coup de l'interdiction œdipienne. C'est pourquoi lorsqu'ils désirent une femme ils imaginent comme M..., l'intervention d'un frère ou d'un père ou d'un amant ou d'un rival qui les remplit de frayeur et de remords.

L'importance de la peur de la castration dans la pathogénie des inhibitions génitales, contribue à expliquer la fréquence des troubles de la puissance consécutifs à des maladies vénériennes telles que la blennorrhagie. Nous ne méconnaissons nullement l'importance de lésions uréthrales blennorrhagiques dans la pathogénie de ces troubles, mais la plupart des sexologues, tels par exemple MM. Cénac et Lazare sont d'accord pour ne leur accorder dans un grand nombre de cas que le rôle d'une épine, et l'importance des affections uréthrales réside dans le fait qu'elles sont ressenties comme la réalisation même de la mutilation redoutée de par le complexe de castration. Le rôle de facteurs psychologiques dans les inhibitions post-blennorrhagiques ressort de l'observation F...

OBSERVATION F...

Au cours d'une psychanalyse, nous apprenons les faits suivants :

F... le patient, étudiant en médecine, âgé, à l'époque, de dix-neuf ans, avait contracté une blennorrhagie de sa maîtresse. Cette blennorrhagie avait duré près de dix mois et avait été accompagnée d'urétrite postérieure, de légère prostatite et d'une épidydimite droite. Après sa guérison, notre patient, jusqu'alors parfaitement et normalement puissant, présentait pendant plusieurs mois, dans ses rapports sexuels, des érections légèrement incomplètes et rares, des éjaculations beaucoup plus rapides qu'auparavant et, surtout, une nette diminution de son appétit sexuel, avec des orgasmes peu satisfaisants. Cet état changea en l'espace de trois jours, lorsque, abandonnant des aventures passagères, il s'éprit d'une jeune femme avec laquelle il eut dès la première fois, et malgré la fatigue d'une nuit précédente passée sans dormir, quatre coïts parfaitement normaux et satisfaisants. Dès ce jour il eut, avec cette amie, pendant de longs mois, des rapports une ou deux fois par jour, aussi normaux et satisfaisants qu'avant la blennorrhagie. Cette puissance a été conservée par le patient jusqu'à présent. Cependant, il a gardé jusqu'à aujourd'hui des signes nets d'une urétrite : une goutte matinale à flore bactérienne banale, un léger rétrécissement de l'urètre, de l'enfoncement des glandes de Littre. L'absence de gonocoques a été constatée, entre autres épreuves de laboratoire, par une série de spermocultures.

Ce cas démontre d'une façon particulièrement frappante le rôle joué par des facteurs psychologiques, dans des cas de troubles de la puissance causés apparemment par des lésions des voies génito-urinaires, séquelles d'urétrites blennorrhagiques.

Un mécanisme analogue à celui qui se trouve à la base des inhibitions génitales post-gonococciques, peut être trouvé dans des troubles de la puissance génitale consécutifs à des affections d'organes ayant pour l'homme donné une valeur narcissique, organes symbolisant pour eux leurs attributs mâles.

C..., âgé de trente ans environ, ayant d'après ses dires joui d'une puissance virile satisfaisante jusqu'à il y a environ un an. Depuis un an, à la suite d'une pyorrhée, il perdit une grande partie des dents de sa mâchoire supérieure. Depuis cette époque, sa puissance est considérablement diminuée. Il se l'explique par le fait que, auparavant, il avait l'habitude de mordiller le corps de la femme au cours des rapports.

Il nous semble que l'explication donnée par cet homme de son inhibition génitale paraît juste.

Cependant, d'après les dires mêmes de cet homme, il avait toujours été très fier de ses dents, et leur perte, non seulement le privait d'un avantage physique, mais aussi représentait une forte atteinte à ses attributs virils, une blessure de son narcissisme viril.

L'explication que C... nous fournit de ces troubles génitaux consécutive, d'après lui, à une disparition de plaisirs buccaux sadiques révèle à notre avis un mécanisme pathogène pas encore assez mis en valeur jusqu'à présent.

L'on sait, en effet, depuis Freud, l'importance des plaisirs préliminaires pervers tels que des situations fétichistes ou sado-masochistes dans l'accomplissement de l'acte sexuel. Mais il semble que chez beaucoup d'hommes des plaisirs préliminaires considérés comme normaux, soient nécessaires pour provoquer l'automatisme génital complet et que leur absence, pour une raison quelconque, puisse singulièrement entraver le déclenchement de cet automatisme. C'est là, nous semble-t-il, la raison de certaines inhibitions électives, inhibitions se produisant vis-à-vis de certaines femmes seulement auprès desquelles des plaisirs préliminaires ne peuvent être trouvés.

Les recherches psychanalytiques ont bien mis en lumière que les inhibitions génitales portant sur l'érection vont presque toujours de pair avec des troubles de l'appétit génital, soit avec une diminution parfois considérable, soit une exacerbation. Souvent aussi l'appétit génital dans ces cas-là est troublé non seulement quantitativement, mais aussi qualitativement. Les inhibitions génitales électives ou partielles, dont l'impuissance exclusivement conjugale est un exemple frappant, en font foi.

A côté de ces faits cliniques aisément compréhensifs, nous tenons à en souligner d'autres qui nous paraissent importants et qui nous semblent avoir été négligés jusqu'ici.

Lorsqu'on interroge soigneusement des hommes atteints de troubles de la puissance ou mieux encore, si on les psychana-

lyse, on apprend à connaître certains faits de leur vie sexuelle qu'ils ont l'habitude de ne pas signaler d'emblée. On apprend à connaître, en effet, que, si leur automatisme génital est troublé en présence d'une femme, ou au moment du coït, cet automatisme conserve son intégrité dans d'autres circonstances, que ce soit au cours de pollutions nocturnes ou de masturbations, ou bien encore d'excitations plus ou moins perverses.

C'est là, d'ailleurs, comme nous l'avons dit, un des signes cliniques qui aident à diagnostiquer les troubles névrotiques de la puissance.

Dans ces cas, les excitations susceptibles de déclancher chez ces inhibés l'automatisme génital, ont ce trait commun d'avoir un caractère passif. C'est en effet le but actif, la pénétration, qui dans tous ces cas-là est habituellement inhibée, et ce sont des buts passifs, tels que d'avoir la verge excitée par soi-même ou par une partenaire, manuellement ou par des caresses buccales (fellation) qui est seule susceptible de provoquer l'érection et l'orgasme. Cet état de choses est dû à notre avis à une régression de la fonction génitale à un stade infantile de l'évolution sexuelle, la phase phallique passive, c'est-à-dire celle qui est caractérisée par des désirs à buts passifs. Cette régression est provoquée par des mécanismes inhibiteurs de l'activité génitale, mécanismes que nous avons essayé de décrire plus haut. Il semble donc que la peur de la castration ne puisse avoir sur la fonction génitale qu'une action inhibitrice presque toujours élective. C'est-à-dire qu'elle empêche des manifestations de l'activité génitale normale tout en épargnant dans des proportions variables l'automatisme génital.

Avant de terminer ce chapitre, il nous paraît intéressant de citer un cas très typique de ces troubles de l'érection.

OBSERVATION C. H...

C. H..., artiste peintre de trente-huit ans, craint d'être impuissant et homosexuel, et vient nous consulter parce que, s'étant épris d'une jeune fille, il songe à un mariage possible avec elle.

Or, il est déjà marié, mais sur le point de divorcer. Depuis longtemps déjà, il n'a plus de rapports avec sa femme, qui est la seule femme qu'il ait jamais possédée. Il s'était marié six ou sept ans auparavant, et, les premiers temps, leurs rapports avaient été relativement satisfaisants, bien que ses éjaculations eussent toujours été un peu rapides. Sa puissance sexuelle diminua brusquement à la suite d'événements que nous relaterons un peu plus loin. Pour stimuler son érection, il se livrait à des fantasmes imaginatifs dans lesquels des garçonnets de dix à treize ans se livraient à des masturbations devant lui. Pourtant, ni les hommes,

ni même les garçons, ne l'attirent guère dans la réalité, et, sauf dans son adolescence, il n'a jamais eu de contact homosexuel. Ses tendances homosexuelles restent purement imaginatives. Il ne sait s'il doit se considérer comme un « anormal », un homosexuel; il craint que sa verge, objectivement tout à fait normale, ne soit anormalement petite. Un médecin lui ayant déclaré qu'il était un « dégénéré », il se croit tout à fait perdu. Et cependant, amoureux, il veut espérer pouvoir ne pas gâcher complètement sa vie, créer un foyer, avoir des enfants, toutes choses impossibles avec sa première femme.

Ce malade fut psychanalysé par nous pendant six mois environ avec un succès complet. De cette psychanalyse nous n'exposerons ici qu'un bref résumé, susceptible de compléter son observation et de mettre en lumière certains mécanismes psychologiques pathogènes.

C. H... est l'enfant unique de parents qui, à l'époque de son enfance, vivaient presque complètement séparés. Tendrement attaché à sa mère, qui semblait avoir reporté sur son enfant tout son besoin d'affection inassouvi dans sa vie conjugale malheureuse, cette épouse presque complètement abandonnée prêchait à son enfant la beauté du renoncement à tout bonheur d'ici-bas; elle l'exaltait à l'humilité, à la vie uniquement consacrée à la foi et à la charité.

Lorsque notre patient atteint l'âge de sept ou huit ans, son père semble revenir plus souvent dans sa famille et y passer plus de temps. Dès cette époque, l'enfant se révolte contre ses deux parents, plus ou moins ouvertement, en leur déclarant qu'ils avaient tous les deux leur vie et lui la sienne. Il commença à mener une vie solitaire consacrée aux lectures et à des rêveries dans lesquelles il se voyait grand artiste, admiré et enfin compris, ayant ainsi forcé la compréhension de ses parents. Car ses parents ne veulent d'abord rien entendre de ses projets d'avenir, et voudraient lui faire faire une carrière militaire ou diplomatique. Mais, en dépit des moqueries de ses parents, qui raillent dans les aspirations de leur fils leur caractère « efféminé », il obtient de quitter sa famille et de faire ses études de peinture.

La guerre et ses répercussions sur la fortune de ses parents l'empêchent de les mener à bonne fin. Il se marie, après la guerre, et l'installation de ses parents dans la même maison que le jeune couple achève d'inhiber la puissance génitale de C. H...

Dès lors, il est dans un état de dépression qui alterne avec une irritabilité extrême, et qui se trouve visiblement en rapport avec l'humiliation qu'il éprouve de son infériorité génitale. Il souffre violemment de l'attitude de ses parents, qui « le traitent comme un enfant », et auxquels, dit-il, il est « impuissant de prouver qu'il est un homme ». C'est dans cet état d'esprit que nous le vîmes, lorsque, en instance de divorce, il se demandait s'il serait capable « d'être un homme » et de créer un foyer.

Ce bref résumé de la vie et des troubles génitaux de notre patient montre l'étroit rapport qui existe entre inhibition génitale et les conflits « œdipiens » avec ses parents. Voici quelques précisions sur l'évolution affective et sexuelle de notre patient, que sa psychanalyse a mise au jour.

La période de sa vie la plus heureuse fut sa première enfance, époque qu'il a vécue presque seul avec sa mère. De cette époque il a des souvenirs de sa mère tendrement aimée, lui interdisant de « se toucher », interdictions auxquelles il finit par obéir. Mais, dès neuf à dix ans, au début de sa révolte contre ses parents, de jalousie évidente et de dépit d'avoir été « abandonné » par sa mère, sa masturbation reparait. Elle est très nettement un défi à sa mère et à son père, et s'accompagne, plus tard, de grands remords et de sentiments de déchéance. Ses aspira-

tions artistiques, tellement opposées à toutes les traditions de sa famille, sont le reliquat de l'époque heureuse de son union avec sa mère, de l'exaltation de cette dernière de vertus spirituelles et du mépris qu'elle manifestait pour toute « brutalité de garçon ». Mais sa mère lui ayant finalement « préféré » son père « brutal », la *réalisation* dans son art lui devient presque aussi « inaccessible » que la *possession* d'une femme.

Ainsi, dans des rêves qui lui ont laissé une impression durable, il voit un paysage, une montagne d'une admirable beauté, vers laquelle il marche et qui s'éloigne au fur et à mesure qu'il veut s'en approcher. Notre patient, avant toute psychanalyse, se rendait assez clairement compte que ces beaux paysages symbolisaient la femme à jamais inaccessible. Il mettait d'ailleurs très justement ces rêves en rapport avec ses inhibitions dans le domaine professionnel et dans la vie courante, où il faisait preuve de perpétuels « *mécanismes d'échec* ».¹

Ce dont il ne se rendait pas compte, et que seulement la psychanalyse a pu lui montrer, c'est que la femme et la réalisation lui restaient « *inaccessibles* » parce qu'il ne voulait pas, ou, mieux encore, parce qu'il n'avait pas le droit de le vouloir autrement. La femme, comme jadis la mère, devait rester interdite. Il avait tout juste le droit de rêver d'elle. Et, lorsque, marié, ses parents vinrent habiter avec le jeune ménage, leur présence réveilla le conflit œdipien ancien et renforça l'interdiction de manifester sa virilité. Le « *tabou* » de posséder une femme réelle explique son comportement bizarre et incompréhensible lors de certains épisodes de sa vie amoureuse. A deux reprises, des femmes dont il était amoureux lui firent visiblement comprendre qu'elles étaient prêtes à se donner à lui. Notre patient semblait ne pas s'en apercevoir, ne rien comprendre et continuait à se masturber en imaginant des rapports avec les dites femmes.

La psychanalyse de C. H... a eu lieu pendant ses fiançailles. Elle fut entièrement sous le signe des conflits que lui inspiraient d'un côté son amour et de l'autre côté, ses craintes et ses inhibitions. Les premières tentatives de rapports furent des échecs partiels (chute de l'érection au moment de l'intromission). Ils firent voir le rôle que jouait la personnalité de son père dans son inconscient. En effet, dans une bonne partie de son traitement, ses rêves représentaient, d'une façon presque stéréotypée, des scènes qui peuvent être résumées ainsi : « Il veut prendre un train, ou pénétrer dans un wagon de train en partance, quand survient un homme important qui essaye de l'en empêcher. Il s'enfuit, poursuivi par cet homme, ou bien lutte féroce avec lui. Habituellement il se réveillait de ses rêves dans des états d'angoisse. Dans des vêtements ou des détails de l'« *ennemi* » du rêve, il reconnaissait de vieilles photos de son père ou de personnages de la « *lignée paternelle* ». Or, le départ s'associait immédiatement chez lui avec le mariage, car il comptait quitter la maison paternelle et aller habiter une autre ville. Prendre le volant ou pénétrer dans un wagon étaient, pour notre malade, des symboles sexuels très évidents.

Nous pourrions multiplier les faits relevés par sa psychanalyse, démontrant le rôle joué par son complexe d'Œdipe dans la pathogénie de ses inhibitions génitales. D'autres mécanismes encore tinrent une place dans les troubles de sa puissance, tels son hostilité inconsciente envers les femmes et l'horreur et le dégoût que lui inspiraient leurs organes génitaux.

Les fantasmes homosexuels ne purent pas être étudiés suffisamment. La guérison de notre patient, qui lui permit de démontrer qu'il « est un

1. Voir Laforgue et Hesnard. *Mécanismes d'échec*.

homme », et qui en a fait, depuis, un mari et un père de famille heureux, ne laissa pas le temps à l'analyse d'élucider complètement la question de son homosexualité. Mais nous voudrions citer néanmoins un souvenir s'y rattachant, qui lui revint au cours de la dernière séance de son traitement, et cela précisément lorsqu'il se questionnait sur l'origine de ses fantasmes homosexuels. Il revit dans son souvenir sa mère revêtue d'un costume masculin, s'apprêtant à monter à cheval, et il revêcut avec une émotion intense tout l'amour qu'il avait pour sa mère dans son enfance.

Par ce qui précède nous venons de décrire l'action des mécanismes psychologiques inhibiteurs de la fonction génitale dans leur action, les aspects de l'automatisme génital : l'appétit génital, l'érection.

Ce double effet des mécanismes inhibiteurs portant, soit sur l'appétit génital, soit sur la capacité érective, en les altérant à des degrés divers et dans des proportions variables explique la grande diversité des tableaux cliniques des troubles névrotiques de la puissance génitale. Ces tableaux cliniques se compliquent davantage encore du fait que les effets perturbateurs des mécanismes inhibiteurs peuvent porter de plus sur les deux derniers échelons de l'automatisme génital : l'éjaculation et l'orgasme, et cela soit indépendamment des troubles de l'appétit et de l'érection, soit conjointement avec eux.

CHAPITRE IV

LES TROUBLES DE L'ÉJACULATION ET DE L'ORGASME

Comme nous venons de le dire, les mécanismes psychologiques inconscients inhibiteurs ou perturbateurs de la fonction génitale peuvent porter séparément ou ensemble sur tous les échelons de l'automatisme génital : l'appétit, l'érection, l'éjaculation, l'orgasme.

Nous arrivons à cette constatation parce que, en analysant l'éjaculation précoce, nous retrouvons les mêmes mécanismes pathogènes qui entraînent dans d'autres cas des troubles de l'appétit génital ou de l'érection. A une différence près cependant, que nous allons décrire plus loin.

En effet, les troubles de l'éjaculation et de l'orgasme dépendent eux aussi de refus inconscients, d'inhibitions inconscientes dus aux conflits pathogènes entre les désirs sexuels et les forces du refoulement s'opposant à eux, et ces conflits intra-psychiques sont en rapport avec l'évolution sexuelle infantile.

Dans les cas de troubles éjaculatoires aussi la psychanalyse retrouve la valeur pathogène de la fixation du névrosé au complexe d'Œdipe et au complexe de castration ou une régression vers ces stades de l'évolution sexuelle. On y retrouve par conséquent aussi les forces inhibitrices précédemment décrites, dérivant de ces complexes tels que : honte, sentiment d'infériorité et sentiment de culpabilité, crainte et dégoût des organes génitaux et du corps féminin, hostilité envers la femme, homosexualité latente, peur de la castration.

Cependant les troubles de l'éjaculation diffèrent, même au point de vue de leur mécanisme, des troubles de l'érection ; si ces derniers peuvent être décrits comme une suspension, une interruption d'un automatisme physiologique, les troubles éjaculatoires sont d'un autre ordre. Il s'agit là, soit d'une interversion dans l'ordre de l'automatisme, soit d'une précipitation de la phase finale, avec perturbation du réflexe même, lorsque le trouble porte aussi sur le rythme saccadé du réflexe éjaculatoire. Seules peut-être les éjaculations retardées

ou déficientes, peuvent être comparées aux inhibitions de l'érection : le non-aboutissement d'un réflexe.

Ce dernier type de troubles éjaculatoires a été relativement peu étudié par la psychanalyse. Ferenczi a trouvé que ces cas étaient dus à l'empreinte laissée sur le réflexe éjaculatoire par le souvenir de réflexes de rétension de la période sadique-anale.

OBSERVATION R...

Chez un homme de vingt-sept ans, R..., que nous avons traité pour éjaculations retardées, nous avons trouvé le rôle de mécanismes de rétention, déterminés par la valeur que cet homme attachait à son liquide spermatique. L'évacuation du sperme équivalait pour lui à la perte d'une substance précieuse. Chaque éjaculation était accompagnée de l'idée d'un préjudice grave causé aux dépens de son organisme, privé d'une substance vitale, et était évidemment suivie de préoccupations hypochondriaques. Toutes ces craintes ont pu être ramenées chez lui d'abord à la période de masturbation de l'adolescence. A cette époque, il assimilait le sperme à la moelle épinière, et chaque masturbation le rapprochait, dans son esprit, de la déchéance et de la folie. En dernière analyse, le remords attaché à la masturbation a pu être ramené à l'histoire de sa masturbation infantile. Cette dernière avait duré de l'âge de trois à cinq ans, et ne céda qu'après une lutte pénible. Sa mère l'avait en effet à plusieurs reprises menacé de lui couper soit la verge, soit la main, et lui avait prédit la folie et la paralysie s'il ne mettait un terme à ces pratiques.

Dans ce cas, on peut ainsi ramener le mécanisme inhibiteur de l'éjaculation au rôle pathogène du complexe de castration.

La crainte de perdre une substance précieuse en évacuant le liquide spermatique est relativement assez répandue. Néanmoins elle n'aboutit pas toujours à l'éjaculation retardée, mais contribue parfois à créer des troubles de l'érection et même à l'acte bref.

Dans ces derniers cas, il s'y ajoute un autre facteur psycho-affectif que Abraham¹ a mis en relief dans sa remarquable étude sur l'éjaculation précoce. Il a trouvé, en effet, que dans tous les cas d'actes brefs qu'il a analysés, l'éjaculation non saccadée, d'un seul jet, était associée dans l'esprit des malades à une miction. Non pas évidemment à une miction d'adulte, pouvant être volontairement provoquée ou retardée, mais aux mictions incoercibles des enfants.

Il a trouvé, en effet, chez tous ses malades atteints d'éjaculation précoce une érotisation de la miction dans l'enfance, associée à des incontinenances d'urine plus ou moins prolongées. Le réflexe éjaculatoire de ces malades servirait ainsi à l'expulsion d'une substance sexuelle, le sperme, sur un mode appartenant à un réflexe d'une autre nature, à un réflexe excrétoire.

1. Karl Abraham. *Über Ejaculatio praecox*. In *Klinische Beiträge zur Psycho-Analyse*. Internat. Ps.-A. Verl. Wien 1921.

Abraham signale encore que ces malades subissent pour ainsi dire passivement l'éjaculation qui, chez les uns est accompagnée d'une grande satisfaction, chez les autres par contre, provoquent des sentiments très pénibles.

Abraham a remarqué encore que les malades atteints d'actes brefs présentent deux types cliniques bien marqués : les uns sont dans leur comportement comme dans leur caractère psycho-affectif des passifs, des « mous » et des velléitaires, les autres par contre sont des inquiets, aux actes toujours précipités, qui s'agitent dans la vie quotidienne comme dans leur comportement érotique. Abraham note très justement que cette agitation inquiète et cette précipitation ne témoignent pas d'une activité virile. Elle sert de compensation à leur tendance passive profonde. Mais si la passivité de ces hommes semble renforcée de par leur constitution, la psychanalyse permet de constater qu'elle est souvent renforcée secondairement par une inhibition des tendances viriles actives. En effet, chez ces hommes non seulement le comportement érotique et sexuel témoigne d'une inhibition, mais encore la zone génitale même n'a pas atteint le stade de la primauté génitale. L'excitabilité extrême, l'érétisme dont fait preuve la verge chez ces hommes n'est nullement un signe de virilité active, mais bien plutôt, à notre avis, la résultante entre les désirs sexuels et des mécanismes de défense contre l'excitation génitale. Cette excitabilité excessive nous rappelle une réaction du même ordre, une extrême sensibilité au chatouillement qui elle non plus n'est pas la preuve d'une grande sensibilité cutanée, mais bien plus le résultat de mécanismes de défense.

Dans leur comportement sexuel, les névrosés atteints d'éjaculation précoce font preuve d'une grande inhibition des tendances viriles actives. En effet, Abraham cite deux types d'hommes chez lesquels on observe l'acte bref : les uns sont ceux qui ne veulent pas se fatiguer, et qui laissent « tout faire » à la femme; d'autres qui accomplissent le coït comme une « corvée » nécessaire à leur santé, et qui doit être terminée le plus rapidement possible. A ces hommes évidemment la précocité de l'éjaculation n'est pas désagréable. Par contre nous avons observé l'éjaculation précoce dans des cas où l'homme, de crainte de déplaire à la femme, et comme pour satisfaire aussi vite que possible à son exigence, procède à un coït anxieusement précipité, se terminant par une éjaculation prématurée. Ces hommes sont au fond anxieux de déplaire à la femme et leur crainte de la faire attendre décèle leur attitude profondément passive et masochique vis-à-vis d'elle. Ce mécanisme, qui jouait un certain rôle dans notre cas C. H..., témoigne en tout cas d'un manque de confiance en leur érection.

De façon générale l'éjaculation précoce est, comme l'inhibition de l'érection, l'effet d'automatismes inhibiteurs dont le but est d'empêcher la pénétration de la verge dans la femme ou d'abréger le coït.

Le cas qui suit en est une illustration.

OBSERVATION M. L...

M. L..., journaliste, âgé de quarante-deux ans, est atteint de troubles génitaux depuis une vingtaine d'années. Ces troubles se présentent, depuis une dizaine d'années, sous la forme d'éjaculation brusque, non saccadée, et en l'absence de toute érection, toutes les fois qu'il tente un coït, et même au contact des femmes qui lui plaisent, rencontrées par hasard en métro, en tramway. Il s'agit donc là d'un cas de spermatorrhée involontaire ou d'éjaculation *ante portas* à caractère nettement asthénique. Ces troubles éjaculatoires n'ont pris une pareille intensité que progressivement. Au début, c'est-à-dire une vingtaine d'années auparavant, il présentait simplement une certaine diminution de la puissance génitale avec éjaculation accélérée. Et ce n'est que progressivement que ses troubles génitaux s'aggravèrent.

A côté des troubles de la puissance, M. L... présente de nombreux symptômes névrotiques, qui le classeraient dans le cadre de la schizoïdie ou de la schizomanie. Il vit seul, retiré, et les rares personnes qu'il fréquente sont d'anciens amis qui s'accommodent de son originalité et de ses bizarreries. Il évite surtout la société de femmes et de jeunes filles, dont il redoute la séduction et dont il craint des moqueries possibles.

La psychanalyse fait découvrir chez lui des faits que nous résumons ici très brièvement.

Né à l'étranger, dans une petite ville, il est élevé, ainsi que ses nombreux frères et sœurs, par un père sévère et autoritaire. A l'âge de huit ans, se produit chez M. L... un revirement complet du caractère. Jusque-là très « diable », gai et vivant, il devient passif et timoré, et cela à la suite d'une correction corporelle d'une extrême violence, infligée par son père. Cette correction mit fin aussi, semble-t-il, à ses jeux sexuels infantiles avec ses sœurs et des camarades. Sa masturbation pubérale débute vers l'âge de onze ans avec une grande intensité. Ce n'est qu'après la mort de sa mère, qui survient lorsque M. L... a treize ans, qu'il commence à lutter contre ses habitudes masturbatoires. Son père se remarie, avec une très jeune femme. Vers l'âge de seize ou dix-sept ans, notre patient s'aperçoit avec terreur que sa belle-mère semble lui témoigner quelque intérêt sensuel. La psychanalyse lui permit de comprendre que lui-même était attiré sexuellement par sa jeune belle-mère, sentiment que celle-ci partageait peut-être réellement. Toujours est-il qu'il se mit à la fuir et qu'il n'osait plus regarder son père en face. Un événement de cette époque eut une importance toute particulière sur son évolution ultérieure. Un jour, sa belle-mère, lorsqu'ils étaient seuls à la maison, vint l'appeler pour lui faire voir, par la fenêtre, la castration d'un porc à laquelle on procédait dans leur cour. C'est dès ce jour qu'il se mit à fuir sa belle-mère. Nous verrons tout à l'heure comment cet événement marqua son comportement sexuel. Bientôt après, M. L... quitta la maison paternelle pour aller vivre dans une ville plus importante. C'est là, à dix-neuf

ans, qu'il eut ses premiers rapports sexuels avec une jeune fille bien plus expérimentée que lui. Mêlé à un mouvement politique de son pays il fut arrêté et déporté. Il réussit cependant à s'évader et se réfugier à l'étranger, dans un pays qui devint un pays ennemi lorsque la guerre éclata quelque temps après. Dans cette situation psychologique délicate, il est naturel qu'il se soit montré réservé et craintif, même envers les femmes. Mais la méfiance profonde et la crainte intense ne s'expliquaient pas par cela, mais se ramenaient dans son analyse avec certitude, à l'événement traumatique de la castration du porc. M. L... prit conscience, au cours de son traitement, d'avoir imaginé que sa belle-mère voulait avoir des rapports sexuels avec lui et qu'en même temps elle avait envie de le châtrer. Cette crainte bizarre révèle son attitude passive et masochique vis-à-vis de la femme, en même temps que le désir incestueux du jeune homme et la crainte du châtement.

M. L... redoutait les femmes pour une autre raison encore, et qui se révèle dans l'analyse par le détour suivant : un jour qu'il parlait du souvenir de la vue des organes de sa petite sœur dans son enfance, il dévoila une conception totalement erronée de l'anatomie de la vulve. Il était convaincu que la vulve était surplombée d'un organe de la dimension d'une verge, mais, disait-il, comme tronquée. Cette erreur, si étonnante chez un homme de son âge et de sa culture, devient un peu plus compréhensible lorsqu'on apprend que cet homme n'avait jamais jeté le moindre regard sur les organes de la femme, car ils lui inspiraient, disait-il textuellement, « une terreur panique » et « une horreur sacrée ».

On comprend maintenant pourquoi M. L... éjaculait *ante portas*. Il craignait en effet inconsciemment la femme castatrice par ses organes génitaux, et son éjaculation prématurée lui permettait, pour ainsi dire, d'y échapper. Dans son cas nous avons trouvé, comme Abraham dans les siens, un lien associatif net entre l'éjaculation asthénique et des souvenirs de mictions involontaires dans l'enfance, quand on le prenait en flagrant délit d'un méfait.

Le traitement psychanalytique de M. L..., interrompu pour des raisons extérieures, aboutit cependant à une disparition complète de ses troubles génitaux. Peu de temps avant la suspension du traitement, il réussit un coït normal.

Le succès thérapeutique, dans ce cas, était dû, outre la découverte des mécanismes précités, au défolement de son agressivité dans le transfert, et ceci prouve l'importance, dans son cas, de la passivité et du masochisme, partant du refoulement de son agressivité et de son sadisme.

Une autre observation pose le problème du mécanisme pathogénique de l'éjaculation précoce. Nous la citons ainsi que quelques réflexions qu'elle a suscité en nous.

OBSERVATION D...

Un homme d'une trentaine d'années, relativement normal au point de vue de sa puissance virile, présente parfois des éjaculations précipitées avec érection incomplète. Ces faits se produisent quand la partenaire, pour l'amener au coït, lui prodigue des caresses manuelles ou buccales énergiques, surtout au niveau du gland. S'il réussit cependant, en sentant l'approche de l'éjaculation, à se soustraire un instant à ces

caresses ou bien à en modifier l'intensité et le point d'application, alors son érection se raffermirait et le coït peut être effectué normalement.

Cette observation met en relief des mécanismes psycho-physiologiques dont l'interprétation correcte n'est guère aisée.

L'éjaculation précoce, qu'elle fût arrêtée en cours de route ou non, ne se produisait que lorsque le sujet se forçait à des rapports qu'il ne désirait pas entièrement au moment même. De plus ce phénomène n'avait lieu que lorsque sa partenaire lui prodiguait des caresses particulièrement actives. Or, cette situation de passivité vis-à-vis d'une femme joue un rôle considérable dans son évolution sexuelle, du fait de pratiques sexuelles dans son enfance : des bonnes d'enfant l'avaient masturbé.

Cependant, ces facteurs psychologiques, malgré toute leur importance, ne sauraient expliquer le raffermissement de l'érection et l'arrêt de l'éjaculation à la suite de la cessation momentanée de l'excitation ou bien du changement de la région excitée. Là, il faut admettre nécessairement un trouble du rythme, de l'enchaînement des phases devant aboutir à l'acte génital normal, trouble fonctionnel pouvant avoir un point de départ double, tant physiologique que psychique. Cette sorte de trouble fonctionnel du mécanisme génital semble jouer un rôle dans les cas si nombreux et pas toujours pathologiques d'éjaculation très rapide avec érection incomplète, provoquées par des caresses énergiques.

Nous avons vu d'autres cas analogues, où l'éjaculation se produit rapidement si le sujet se livre, au début du coït, à des fantasmes imaginatifs pervers, par exemple sadiques.

Les cas que nous venons d'exposer ont en outre un intérêt étiologique. Beaucoup d'auteurs, en effet (Higier, Hesnard, etc.) sont d'avis que l'éjaculation asthénique de la spermatorrhée est pathognomonique d'une lésion ou d'un trouble fonctionnel du système nerveux central. Le cas M. L... montre qu'il existe aussi des cas d'éjaculation asthénique dont le trouble fonctionnel est réversible et cela en partant du versant psychologique de ces troubles. Cependant, nous admettons que les troubles éjaculatoires, plus peut-être encore que les troubles de l'érection, puissent relever souvent de pathogénies associées dans lesquelles l'épine organique et l'équilibre dynamique tiennent une place très importante.

CONCLUSIONS

Les troubles de la puissance génitale de l'homme peuvent avoir une étiologie bien connue :

- 1° Affections du système nerveux central;
- 2° Diabète sucré;
- 3° Intoxications;
- 4° Déficience de l'état général;
- 5° Malformations et affections des voies uro-génitales;
- 6° Affections des glandes endocrines;
- 7° Troubles du système neuro-végétatif.

A côté, la clinique a distingué depuis longtemps des faits d'impuissance d'origine émotionnelle.

La psychanalyse nous conduit à admettre un grand groupe de *troubles névrotiques de la puissance génitale*, bien caractérisé tant au point de vue clinique que pathogénique.

Un certain nombre de cas de ce groupe appartiennent par certains côtés à trois des groupes précités; il en résulte que ces cas peuvent être tout aussi bien rangés dans le cadre des troubles névrotiques de la puissance que dans ceux des affections des voies uro-génitales, des affections des systèmes endocrinien et neuro-végétatif.

La psychanalyse conduit à une conception pathogénique des troubles de la puissance d'après laquelle ces derniers sont le résultat d'une interférence d'un ensemble de facteurs constitutionnels et somatiques représentant « l'état d'équilibre dynamique » de l'individu à un moment donné de sa vie d'une part, et d'autre part d'un ensemble de facteurs psychologiques conscients et inconscients très complexe.

La psychanalyse étant un procédé psychologique, le champ de son investigation se borne à l'étude du versant psychologique de ces troubles, étude qu'elle essaye de mener jusqu'aux limites de l'autre versant, qui lui, doit être l'objet de recherches physio-pathologiques.

C'est le résultat des recherches de la psychanalyse sur le versant psychologique des troubles de la puissance que nous avons essayé d'exposer.

II. — Il nous a semblé utile de tenter une classification du groupe des troubles névrotiques de la puissance virile, conformément aux classifications habituelles des impuissances. Ces classifications s'inspirent toutes du principe de la subdivision de l'automatisme génital en plusieurs aspects ou phases :

- 1° L'appétit ou le besoin génital;
- 2° L'érection;
- 3° L'éjaculation;
- 4° L'orgasme.

D'après l'ordre de fréquence et l'importance de ces troubles, nous distinguons :

- 1° Les troubles de l'érection;
- 2° et 3° les troubles de l'éjaculation et de l'orgasme;
- 4° Les troubles de l'appétit génital.

Les troubles de l'érection étant de l'ordre d'une inhibition, nous distinguons des inhibitions génitales passagères ou accidentelles, des inhibitions partielles, relatives ou électives, et les inhibitions permanentes ou généralisées.

Nous maintenons la subdivision des troubles de l'éjaculation en : spermatorrhée involontaire, éjaculation précocissime (ante-portas), éjaculation précoce (acte bref) et éjaculation retardée.

Les troubles de l'orgasme se produisent par la diminution ou la disparition de la satisfaction qui s'y rattache normalement et dans des troubles correspondants de la détente psycho-physiologique afférente à l'orgasme.

Dans les troubles de l'appétit génital nous avons essayé de discerner : les troubles quantitatifs, c'est-à-dire, la diminution ou l'exacerbation du désir, des troubles qualitatifs de l'appétit. Ces derniers se confondent partiellement avec les cas d'inhibition élective ou relative. Ce sous-groupe de troubles qualitatifs de l'appétit génital est représenté par des cas d'inhibition génitale vis-à-vis de certaines partenaires, comme par exemple l'impuissance conjugale, et pour des cas où l'intégrité de l'automatisme génital n'est conservé que dans certaines conditions psychologiques.

Il est évident que si cette classification est surtout valable pour un certain nombre de ces cas où les troubles sont nettement circonscrits, il en existe un grand nombre d'autres dont les troubles portent sur deux ou même toutes les étapes de l'automatisme génital. On voit ainsi fréquemment des troubles de l'érection associés à des troubles éjaculatoires, et ces mêmes troubles peuvent être associés à ceux de l'orgasme et de l'appétit génital.

Comme toute classification, celle-ci n'a pas pour but d'élever des cloisons étanches entre des groupes et des sous-

groupes nosographiques, mais de souligner divers aspects de la réalité clinique, infiniment riche et variée.

III. — La psychanalyse de cas de troubles névrotiques de la puissance génitale permet de déceler à leur origine l'action de phénomènes psychologiques inconscients faisant fonction de mécanismes inhibiteurs de la puissance virile.

Même dans les cas relativement simples d'impuissance dite psychique ou émotive, la psychanalyse permet de découvrir, à côté de faits psychiques conscients et de l'action inhibitrice de l'émotion bien connus, le rôle fondamental de faits psychiques inconscients, qui eux, déterminent et la nature de l'émotion même et son caractère inhibiteur. Or, ces facteurs psychologiques inconscients dépendent de l'évolution entière de l'individu, de sa personnalité comme du cours de sa sexualité si étroitement intriquée au psychisme.

Le procédé psychanalytique, élargissant le champ visuel du clinicien, permet de déceler derrière et avant la puberté, dans les premières années de l'enfance, une première poussée de l'évolution de l'instinct sexuel.

Au point de vue pathogénique, la sexualité infantile a une importance considérable pour deux raisons : d'une part parce qu'il s'agit là de la toute première adaptation des instincts du petit être à la vie sociale qui, de ce fait, laisse forcément des traces profondes chez l'individu; d'autre part parce que les premières manifestations de l'instinct sexuel se font jour chez l'enfant dont l'organisme et le psychisme sont encore inaptes à les porter et à les utiliser. La sexualité infantile du petit garçon a son point culminant dans ce que la psychanalyse a appelé le complexe d'Œdipe, et trouve sa fin dans ce qui en découle, le complexe de castration.

La situation œdipienne, c'est-à-dire l'ensemble des manifestations sexuelles de l'enfant, vis-à-vis des membres de la société dans laquelle il vit, et qui est habituellement la famille, est inadmissible du point de vue de la société dans laquelle il devra vivre plus tard. Les désirs de l'enfant se heurtent donc à un ensemble d'interdictions et de menaces qui aboutissent à la crainte, à la peur d'un châtement, tel que la mutilation ou l'émasculatation, qui caractérisent le complexe de castration. Ce sont là ce qu'on peut appeler les conséquences des deux inadaptations de la sexualité infantile : l'inadaptation sociale, et l'inadaptation physiologique par infériorité physique.

On peut décrire ces faits encore en mettant en relief le conflit intra-psychique pathogène découlant des complexes d'Œdipe et de castration, c'est-à-dire le conflit entre les forces de l'instinct, du désir, et les forces refoulantes de la peur ou du remords découlant des lois morales et sociales.

Des conflits pathogènes ne se limitent évidemment pas à l'enfance.

Des conflits intra-psychiques se créent à la puberté et à l'âge adulte, et ceux-là aussi peuvent avoir une action pathogène plus ou moins grandes. Cependant un grand nombre d'observations montrent que les conflits pathogènes de l'enfance, du fait même de leur précocité, sont susceptibles de créer des sortes d'automatismes inhibiteurs pouvant entrer en action toutes les fois que, à l'âge adulte, la situation sera affectivement analogue ou voisine de celle de l'enfance.

Ainsi, comme l'a décrit Freud pour les névroses en général, on peut établir pour les troubles névrotiques de la puissance, un schéma pathogénique qui se compose d'une part de l'équilibre dynamique du sujet au moment donné, et d'autre part des mécanismes inhibiteurs. L'équilibre dynamique lui-même se réalise en fonction de la constitution sexuelle et des troubles somatiques éventuels. Les mécanismes inhibiteurs sont dus à l'interaction des conflits pathogènes de l'enfance, de la puberté et de l'âge adulte. Les divers facteurs de cette chaîne pathogénique sont entre eux dans un rapport que Freud a appelé : série complémentaire, c'est-à-dire que dans des cas de constitution sexuelle défavorable, il suffira d'un conflit pathogène de faible intensité pour troubler la puissance virile. De même dans des cas d'évolution sexuelle infantile défavorable, les moindres conflits ultérieurs seront susceptibles de perturber la génitalité adulte.

IV. — Ces données pathogéniques découlent de l'étude et du traitement psychanalytiques des troubles névrotiques de la puissance virile; l'évolution normale de la fonction génitale de l'homme dépend d'une part de l'état d'équilibre dynamique du sujet, et d'autre part de la bonne solution des conflits pathogènes résultant de l'adaptation de l'instinct sexuel aux exigences de la vie morale et sociale.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne pouvons donner ici une liste complète des travaux extrêmement nombreux traitant des troubles de la puissance. Nous renvoyons aux ouvrages de MM. Higier : *Les fonctions sexuelles mâles et leurs troubles*, Doin, 1932, et Fürbringer : *Die Impotenz des Mannes*, in *Handwörterbuch der Sexual-Wissenschaft*. Publié par Marcuse, 1926.

TRAVAUX NON PSYCHANALYTIQUES

1. ADLER. *Ueb. d. nervösen Charakter*.
2. — *Psychosex. Haltung D. Mannes*. — *Handbuch der Physiologie*. 1926.
3. ALLERS. *Physiologie d. Geschlechtslebens*. 1922.
4. ANCEL et BOUIN. *Recherches sur le rôle de la glande interstitielle*. C. r. A., 1903.
5. BECHTCHEREF. *Die Perversitäten*. 1922.
6. BARIETY. Voir HARVIER.
7. BLOCH. *Geschlechtsleben uns. Zeit*. 1921.
8. — *Ueb. traumat. Impotenz*. *Ztschr. f. Sexualwiss.* 1918.
9. BLEULER. *Sexuel. Abnormitäten d. Kinder*.
10. BUSQUET. *La fonction sexuelle*. 1910.
11. — *In Traité de physiologie*, XI. Publ. Roger.
12. CHAMPY. *Les caractères sexuels*. 1924.
13. CARNOT, RATHERY, HARVIER. *Précis de thérapeutique*. 1928.
14. CENAC. *Inhibition sexuelle*. Commun. faite à l'Evolut. Psych. 1931.
15. CLAUDE et ROSE. *La Sclérose en plaques*.
16. DEJERINE. *Séméiol. d. malad. syst. nerv.*
17. DEJERINE et GAUCKLER. *L. Manifest. fonction. d. psychoneuvr.* 1911.
18. ELLIS HAVELOCK. *Studies on the psychology of sex*.
19. — *L'impulsion sexuelle (trad. franç.)*. 1921.
20. FÉRÉ. *L'instinct sexuel*.
21. — *La pathol. d. émotions*, 1892.
22. FLATAU. *Sexuelle Neurasthenie*. 1912.
23. FÜRBRINGER. In *Handwb. d. Sexualwiss.* Publ. p. Marcuse. — Koïtus.
24. — » *Die Impotenz des Mannes*.
25. — » *Ueb. Spermatorrhoe*.
26. GLEY. *Physiologie*. II.
27. GUILLAUME. *Le sympathique*. 1920.
28. HARVIER et BARIETY. *Glandes endocrines*. in. *Traité de Pathologie médicale* de SERGENT, RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX. Vol. IX.
29. HESNARD. *Traité de sexologie*. Payot 1933.
30. HIGIER. *La fonction sexuelle mâle*. Doin 1932.
31. HOGGE. *Physiologie sexuelle normale et pathologique*. 1932.
32. HIRSCHFELD. *Sexualpathologie*.
33. KRAFFT-EBING. *Psychopathia sexualis*. Trad franç. Payot.
34. KRONFELD. *Sexualpathologie*. 1923.
35. — *Sexuelle Konstitution*. Hb. d. Sexualwiss.
36. — *Geschlechtstrieb*. Hb. d. Sexualwiss.
37. — *Behandl. d. psych. Impotenz*. — Med. Welt. 1932.

38. LIPSCHUTZ. *Die Pubertätsdrüse*. 1922.
39. LÉVY-VALENSI. *Précis de psychiatrie*. Baillière.
40. MARCUSE. *Handwörterb. d. Sexualwiss.* 1926.
41. MARIE (Pierre). *La pratique neurologique*. Masson.
42. MOLL. *Handb. d. Sexualwiss.*
43. MOURE et LEBOVICI. *Le priapisme leucémique*. Journ. d'urol. 1925.
44. MULLER. *Die Lebensnerven*. 1924.
45. ORLOWSKI. *D. Innervation d. Potenz*. — Neur. Centrbl. 1909.
46. — *Impotenz d. Mannes*. 1922.
47. PÉZARD. In *Traité de Physiol.* XI. (Roger.)
48. RAYMOND. *Leçons s. l. maladies d. syst. nerv.*, IV.
49. RÉGIS. *Précis de psychiatrie*.
50. RIMBAUD. *Précis de neurologie*. 1933.
51. ROGUES DE FURSAC. *Manuel de psychiatrie*.
52. ROGER. *Traité de physiologie*. Vol. XI.
53. SÉRIEUX. *Recherches clin. s. l'anomalie d. l'instinct sex.*, 1899.
54. SOLLIER. *Le mécanisme d. émotions*.
55. SCHIFF. *De l'impuissance masculine avec Basedow*. Bul. Soc. d. sexologie.
56. SCHIFF. *Divers types d'hyposexuels*. » » »
57. WEIL. *Geschlechtstrieb. u. inn. Sekretion*. Dtsch. med. Woch. 1906.

TRAVAUX PSYCHANALYTIQUES

58. ABRAHAM. *Ejaculatio praecox*. — In Klin. Beitr. z. Psychoanalyse. 1922.
59. ABRAHAM. *Entwicklungsgeschichte der Libido*. 1924.
60. FENICHEL. *Spezielle Neurosenlehre*. Internat. Ps. A. Verl. 1932.
61. FERENCZI. *Psychanalyse de l'impuissance psychosexuelle*. (Trad. franç.) Revue franç. d. ps. a. tome IV. N° 2. Paris.
62. FERENCZI. *Versuch einer Genitaltheorie*. 1923.
63. FESSLER. *Ueb. Impotenz*. Internat. Zeitschr. f. Ps. A. 1931
64. FREUD. *Gesammelte Schriften*. Vol. I.
65. — *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. (Trad. franç. N.R.F.).
66. — *Introduction à la psychanalyse*. (Trad. franç. Payot.)
67. — *Angst, Hemmung und Symptom*. Internat. Ps. A. Verl. 1926.
68. — *Zur Psychologie des Liebeslebens*. Ps. A. Verl. 1926.
69. — *Ueber Onanie*. 1911.
70. — *Infant Genitalorganisation*. Ges. Schr. Vol. V.
71. LAFORGUE et HESNARD. *Les mécanismes d'échec en psycho-pathologie*. Rev. franç. d. ps. a. 1929.
72. LOEWENSTEIN. *Un cas de jalousie pathologique*. Rev. franç. d. ps. a. 1932.
73. NACHT. *Traitement d'un cas d'impuissance*. Rev. franç. d. ps. a. 1932.
74. REICH. *Die Funktion des Orgasmus*. Internat. Ps. A. Verl. 1927.
75. REGIS et HESNARD. *La psychanalyse des névroses et des psychoses*. 1914.
76. STEINER. *Psych. Stör. d. Männl. Potenz*. 1926.
77. STEKEL. *Impotenz d. Mannes*. Wien 1920.
78. — *Onanie u. Homosexualität*. 1921.
79. SADGER. *Geschlechtsverirrungen*. Wien 1921.

